Rok XLIX. Kraków, dnia 26 listopada 1910. Nr 48.

PRZEGLĄD LEKARSKI

Organ urzędowy Towarzystwa lekarskiego krakowskiego i Towarzystwa lekarzy galicyjskich, organ Związku polskiego lekarzy i przyrodników w Petersburgu, Towarzystw lekarskich polskich w Kijowie i Chicago, oraz

CZASOPISMO LEKARSKIE

Organ Towarzystw lekarskich prowincyonalnych Królestwa Polskiego.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Ze szpitalnej kliniki terapeutycznej Prof. Dra K. Wagnera w Kijowie.

O podskórnych gruczołach limfatycznych klatki piersiowej w gruźlicy płuc.

Podał

Doc. Dr E. Żebrowski.

(Rzecz przedstawiona na posiedzeniu kijowskiego Towarzystwa przyrodniczo-lekarskiego 11. III. 1910).

Badając w r. 1906 chorego ze sprawą gruźliczą w prawym szczycie, zauważyłem na bocznej powierzchni klatki piersiowej po stronie prawej niewielki guzek, który po dokładnem obmacaniu rozpoznałem jako powiększony gruczoł chłonny; po kilku dniach zdarzył mi się drugi chory ze sprawą gruźliczą płuca lewego, u którego także można było wymacać guzek po lewej stronie klatki piersiowej. Od tej chwili zacząłem zwracać baczną uwagę przy badaniu każdego chorego na boczne powierzchnie klatki piersiowej. Obecnie zebrany przezemnie materyał jest na tyle obfity, że pozwala mi już na wysnucie pewnych wniosków. W ciągu tych 4 lat zbadano w tym względzie 2558 chorych, w wieku między 10. a 70. rokiem życia, 294 chorych w szpitalnej klinice terapeutycznej Prof. Dra K. Wagnera, 2264 zaś w Pohulance, stacyi klimatycznej gub. Witebskiej. Z tych chorych 929 miało niewątpliwie oznaki gruźlicy płuc, zaś 1629 chorych zdawało się mieć płuca zupełnie zdrowe. Z liczby 929 chorych na gruźlicę miało 186 powiększone gruczoły chłonne bocznej powierzchni klatki piersiowej, co wynosi 20,02%, natomiast z 1629 osób, u których nie można było zapomocą zwykłych fizycznych metod badania wykazać zmian gruźliczych w płucach, tylko 42, t. j. 2,58%. Wśród 42 chorych z powierzchownymi gruczołami, u których badaniem nie wykazano objawów gruźlicy, u 14 wykonano próby tuberkulinowe według Calmetta i Pirqueta: u wszystkich tych chorych otrzymano wyraźny dodatni odczyn skórny i spojówkowy. U reszty, t. j. 28 osób z powiększonymi gruczołami, nie mogłem wykonać próby z tuberkuliną. Badanie przedmiotowe tych 28 chorych stwierdziło:

u 4 osób — raka przełyku,
» 7 » — zołzy,
» 4 » — czyraki (u 3 na grzbiecie, u 1 na szyi i pod pachą),
u 2 osób — rozległą łuszczycę (psoriasis universalis)
u 11 wreszcie nie było żadnych zmian, któreby można wykazać zapomocą badania fizycznego.

Dalsze badanie zebranego materyału stwierdziło następujące cechy tych gruczołów. Znajdują się one na dokładnie określonem i przytem stale tem samem miejscu bocznej powierzchni klatki piersiowej. Gruczoły te leżą bądź w środkowej linii pachowej, bądź też cokolwiek na wewnątrz od niej w pobliżu tętnicy piersiowej (art. thoracica), względem niej to dośrodkowo, to bocznie. Stosunek ten łatwo wykazać u osób z podupadłem odżywieniem, gdzie przy bocznem oświetleniu zaznacza się wyraźnie tętniące naczynie i leżące koło niego gruczoły, co można było zauważyć u 12 chorych (z 228).

Co do wysokości, w jakiej można spotkać gruczoły, to najczęściej znajdują się one w IV. międzyżebrzu (63,1%), wyjątkowo zaś w VI. (3%) i VII. (0,6%). Daleko częściej gruczoły te znajdują się po stronie prawej (63%), niż po lewej (37%).

Zazwyczaj (85%) w międzyżebrzu znajdujemy tylko jeden gruczoł, rzadziej (15%) — dwa. Gruczoły te leżą pod powięzią, są mało ruchome, zbite. Wielkość ich odpowiada po największej części (85,6%) wielkości ziarna grochu, lub też są cokolwiek większe. U niektórych chorych dochodziły do wielkości ziarna fasoli (18%); w tych przypadkach, nawet przy zadowalniającym stanie odżywienia, gruczoły zaznaczają się wyraźnie przy bocznem oświetleniu, jak to widać na załączonej fotografii chorego ze szpitalnej kliniki terapeutycznej z wyraźnemi zmianami gruźliczemi w prawym szczycie (przytłumienie, wdech zaostrzony, wydech słyszalny, podczas kaszlu drobnobańkowe rzężenia) i rozległymi zrostami prawego płuca w następstwie wysiękowego zapalenia opłucnej.

Dane statystyczne wskazują więc na istnienie pewnego związku pomiędzy powiększeniem bocznych piersiowych gruczołów limfatycznych i gruźlicą płuc. W gruźlicy spotykamy powiększenie gruczołu w 20,02%, tam natomiast, gdzie nie można wykazać sprawy gruźliczej, tylko w 2,58%. Na istnienie tego związku wskazują również spostrzeżenia kliniczne, z których kilka tu przytoczę.

1. SS., 22 lat, urzędnik, przyjęty 8. VI. 1908 roku do pawilonu dla gruźliczych stacyi klim. Pohulanka. Skarży się na ból po prawej stronie klatki piersiowej i suchy kaszel. 1½ roku temu miał w ciągu 3 dni nieznaczne krwioplucie.

Stan obecny. Odżywienie zadowalniające, waga $177^1/_2$ f. Ciepłota w ciągu dnia, oraz wieczorem dochodzi do 38° C. Stan płuc: w szczycie prawym przytłumienie, oraz wdech szorstki, wydech przedłużony, nieliczne drobnobańkowe rzężenia, nie znikające przy kaszlu. Dolny brzeg prawego płuca mało ruchomy; na przestrzeni, której granicę stanowi od prawej strony linia pachowa prawa, od strony lewej prawa przymostkowa, pomiędzy 4. a 6. żebrem słychać tarcie opłucne. Po stronie prawej w linii pachowej środkowej w IV. międzyżebrzu widoczny duży (wielkości fasoli) zbity gruczoł.

Leczenie: kumys, werandowanie na noc, okład ogrzewający ze spirytusu na prawą stronę klatki piersiowej; rano obmywania całego ciała.

Po dwóch tygodniach (21. VI.) ciepłota spadła do poziomu prawidłowego, tarcie opłucne ustąpiło. Po miesiącu 12. VII. choremu przybyło na wadze 6 funtów. (W. $183^1/_2$ f.). Rzężenia w szczycie prawym utrzymują się.



Fig. 1.

Gruczoł na prawej bocznej powierzchni klatki piersiowej niewidoczny, jednak macalny, wielkości mniej więcej ziarnka grochu.

Po upływie $1^1/_2$ miesiąca (26. VII.) przyrost na wadze 8 f. (W. $185^3/_4$ f.), rzężenia w prawym szczycie ustąpiły. Gruczoł mniejszy, niż ziarnko grochu, z trudnością daje się wymacać.

W danym przypadku widzimy, że równolegle do poprawy sprawy chorobowej w płucach idzie zmniejszanie się omawianego gruczołu.

II. S. K„ 21 lat, słuchacz Uniwersytetu, przyjęty na stacyę klimat. Pohulanka. 6. VI. 1908 r. Skarży się na silny kaszel, gorączkę, poty nocne, brak apetytu; miesiąc temu niewielkie krwioplucie.

Stan obecny: Wyniszczenie znacznego stopnia. (W. 127 f.), ogólna bladość powłok, ciepłota około 38,7° C. Stłumienie nad płucem prawem z przodu zupełne, z tyłu zaczyna się od góry i sięga aż do połowy przestrzeni międzyłopatkowej, w linii pachowej środkowej do 5. żebra. Szmery oddechowe osłabione, na całej przestrzeni rozrzucone nieliczne drobnobańkowe wilgotne rzężenia, w przestrzeni międzyłopatkowej i pod obojczykiem rzężenia te są dźwięczne.

W IV. międzyżebrzu bocznej powierzchni klatki piersiowej po stronie prawej można wymacać dwa zbite gruczoły: jeden wielkości prawie ziarna fasoli, widoczny przy bocznem oświetleniu, drugi wielkości ziarna grochu. Plwocina zawiera laseczniki gruźlicze ($^{10}/_1$) i włókna sprężyste.

Badanie krwi wykazuje, co następuje: 60% hemoglobiny, ciałek czerwonych = 3,700.000, ciałek białych = 13.200.

Leczenie: kumys, całodzienne werandowanie, okład wysychający na piersi, rano i wieczór zmywanie całego ciała.

Po upływie 3 tygodni (27. VI.) choremu przybyło na wadze $3^1/_2$ f. (w. $130^1/_2$ f.), ciepłota nie przekracza 38° C. Nad płucem prawem wdech wszędzie wyraźniejszy, nad i pod obojczykiem wydech słyszalny, w szczycie i pod obojczykiem rzężenia się utrzymują. Gruczoły na bocznej powierzchni klatki piersiowej po stronie prawej niewidoczne, obmacywaniem można stwierdzić jeden wielkości ziarna grochu, drugi zaś cokolwiek mniejszy. Po upływie 7 tygodni (26. VII.) przyrost na wadze wynosi $8^3/_4$ f. (w. $135^3/_4$ f.), ciepłota nie przekracza 37·8° C. Nad płucem prawem, nad i pod obojczykiem, z tyłu zaś do grzebienia łopatki i w górnej $^1/_3$ przestrzeni międzyłopatkowej przytłumienie, wdech zaostrzony, w szczycie nieliczne drobne wilgotne rzężenia. W IV. międzyżebrzu w środkowej linii pachowej gruczołów wykazać nie można. Po 9 tyg. (9. VIII.) waga podniosła się o 10 f. (w. 137 f.), ciepłota nie przekracza 37·3° C. W szczycie prawym rzężenia znikły, wydech słyszalny. Gruczołów na bocznej powierzchni klatki piersiowej nie można wykazać. I w tym więc przypadku odpowiednio do poprawy sprawy chorobowej w płucach można było zauważyć stopniowe zmniejszanie się wspomnianych gruczołów, aż do granic, przy których nie można ich było już wymacać.

(C. d. n.)

Z oddziału Docenta Dra med. Wł. Janowskiego w Szpitalu Dzieciątka Jezus w Warszawie.

O barwiącej się za życia ziarnistości krwinek czerwonych (substantia granulo-reticulo-filamentosa)

jej pochodzeniu i stosunku do nakropień zasadochłonnych.

Podał

Dr Ryszard Hertz,

asystent oddziału.

(Ciąg dalszy).

III. Występowanie ziarnistości zasadochłonnej w warunkach prawidłowych i chorobowych.

A) Zarówno ziarnistość barwiąca się za życia, jak i występujące w preparatach utrwalonych nakropienie zasadochłonne czerwonych ciałek krwi — dają się spostrzegać w p r a w i d ł o w e j krwi ludzkiej.

Co do pierwszej, jest to fakt stwierdzony. Poraz pierwszy zwrócił na to uwagę Cesaris Demel (11), a potwierdziły to niejednokrotnie badania późniejsze Pappenheima (44), Rosina (52), Abramiego i Fiessingera (20). Osobiście również przekonałem się, że we krwi wszystkich zdrowych ludzi, dzieci i dorosłych, można znaleźć zawsze ziarnistość barwiącą się za życia w czerwonych ciałkach krwi i to w ilości stosunkowo dość znacznej w porównaniu z nakropieniem zasadochłonnem, występującem w preparatach utrwalonych. Przeglądając preparat ze krwi prawidłowej, barwiony za życia, w każdem prawie polu widzenia spostrzegamy 1—2 czerwonych ciałek z ziarnistością barwiącą się za życia. Według obliczeń aatorów fran-

cuzkich, które, na zasadzie obliczeń własnych, uważam za odpowiadające rzeczywistości, krew prawidłowa zawiera 0,5%—2% takich ciałek.

Inaczej stoi sprawa z nakropieniem zasadochłonnem, występującem dopiero po utrwaleniu krwi. Istnieniu jego we krwi prawidłowej przeczą i dziś jeszcze liczni badacze. Na podstawie nowszych dokładnych prac Schmidta (61, 62, 63) i Trautmanna (66) można jednak, jak sądzę, przyjąć, że czerwone ciałka z nakropieniami zasadochłonnemi spotykać można i u zdrowych ludzi, jak to utrzymywali i dawniej Ehrlich, Schur i Lövy, Hamel, Strauss i inni. Pomiędzy czerwonemi ciałkami krwi z nakropieniami zasadochłonnemi i ziarnistością barwiącą się za życia zachodzi jednak wybitna różnica ilościowa; trzeba bowiem przejrzeć zazwyczaj wiele pól preparatu, aby natrafić na jedno czerwone ciałko z nakropieniami, natomiast, jak mówiłem, czerwone ciałka z ziarnistością barwiącą się za życia spotykamy prawie na każdem polu widzenia. Schmidt i Trautmann n. p. tylko w 2% swych przypadków znajdywali u zdrowych ludzi więcej, niż jedno takie ciałko nakropione na 10.000 czerwonych ciałek krwi.

B) To samo dotyczy też krwi płodu, i tu bowiem znajdują się obydwa rodzaje ziarnistości, zarówno u człowieka, jak u zwierząt; co do nakropionych czerwonych ciałek krwi dowiedli tego Engel, Schmidt, Sabrazes (58, 50), Nägeli (41), Pappenheim (30), Ferrata[1]) i König[1]), co do czerwonych ciałek krwi z ziarnistością barwiącą się za życia — Cesaris Demel.

Co się tyczy wyników badań tego autora, to mogę je w zupełności potwierdzić. U wszystkich 6 badanych przezemnie płodów, znajdowałem czerwone ciałka krwi z ziarnistością barwiącą się za życia zawsze w wielkiej liczbie. Stanowiły one niekiedy 40% wszystkich czerwonych ciałek. Co się zaś tyczy czerwonych ciałek krwi z nakropieniami zasadochłonnemi, to dopiero po przejrzeniu wielu pól udało mi się niekiedy spotkać pojedyncze egzemplarze.

C) U n o w o r o d k ó w liczba czerwonych ciałek krwi z ziarnistością barwiącą się za życia — również wydawała mi się nieco zwiększona. Mianowicie w 8 przypadkach z liczby 10, badanych przezemnie, liczba ich stanowiła do 4% wszystkich czerwonych krwinek; czerwonych ciałek z nakropieniami zasadochłonnemi znaleźć u noworodków nie mogłem. Stosunek pomiędzy czerwonemi ciałkami krwi z ziarnistością, barwiącą się za życia, a żółtaczką noworodków, omówię poniżej.

Streszczając więc wszystko powyższe, twierdzić muszę, że obydwa rodzaje omawianych tu ziarnistości znajdują się zarówno u płodów i noworodków, jak i u ludzi dorosłych. Z i a r n i s t o ś ć, b a r w i ą c ą s i ę z a ż y c i a, s p o t y k a m y j e d n a k w w a r u n k a c h p r a w i d ł o w y c h i n i e r ó w n i e c z ę ś c i e j i n i e r ó w n i e o b f i c i e j, n i ż n a k r o p i e n i e z a s a d o c h ł o n n e, w y s t ę p u j ą c e p o u t r w a l e n i u.

D) Co się tyczy s t a n ó w c h o r o b o w y c h, to w nielicznych tylko z nich spotykamy czerwone ciałka krwi z nakropieniami zasadochłonnemi lub ziarnistością barwiącą się za życia w znacznej liczbie. Należą do nich choroby krwi (niedokrwistości pierwotne i wtórne, oraz białaczki) i zatrucia.

1) N i e d o k r w i s t o ś ć z ł o ś l i w a.

a) Co się tyczy czerwonych ciałek krwi z nakropieniami zasadochłonnemi, to zostały one w tym stanie chorobowym opisane najpierw przez Askanazyego (2), Ehrlicha (17), Kleina (33), Lazarusa (17); Lazarus zebrał 20 przypadków niedokrwistości złośliwej, w których znajdowano je stale we krwi. Z drugiej jednak strony opisano liczne przypadki tego cierpienia, bez obecności nakropień zasadochłonnnych w czerwonych ciałkach krwi [Bloch (8), Litten, M. Labe, Widal (71)]. Grawitz (26) przypuszcza, że z obecności czerwonych ciałek krwi z nakropieniami zasadochłonnemi można wysnuwać pewne wnioski co do przebiegu niedokrwistości złośliwych. Znajdował on je mianowicie w swoich przypadkach we krwi często w najcięższym okresie choroby, w miarę poprawy zaś stwierdzał stopniowo ich znikanie. Według Nägeliego (41), przeciwnie, ciałka te znaleźć można w przebiegu niedokrwistości złośliwej tylko przy jej zelżeniu, w ciężkich zaś przypadkach, oraz przed śmiercią ma ich, według Nägeliego, brakować.

Zdaniem mojem, Bloch (8) ma zapewne słuszność, utrzymując, że czerwone ciałka krwi z nakropieniami zasadochłonnemi mogą się zdarzać w każdym okresie niedo-

Chorzy	Ciężar właśc. krwi	Hb. według Sahliego	Czerw. ciałek krwi	Biał. ciałek krwi	Szpik kostny na mazanych preparatach, barwiony według May Grünwalda
1. K. L., l. 32.	1030	31%	720000	3100	Bardzo dużo białych ciałek krwi jednojądrzastych, ziarnistych (myelocytów) neutro i eozyno-filnych. Pośród czerwonych ciał. krwi 60% jądrzastych form, przeważnie megaloblastów.
2. A. M., l. 30.	1025	25%	1600000	6000	Przeważają duże jednojądrzaste limfocyty. Dość liczne erytrocyty.
3. A. K., l. 78.	1029	29%	1100000	3500	Przeważają komórki o charakterze limfocytów. Ziarnistych form biał. ciałek krwi, myelocytów neutro- i eozynofilnych znacznie mniej. Nieliczne normoblasty. Dość liczne erytrocyty.
4. Z., l. 60.	1028	26%	757500	5175	
5. A., l. 40.	—	33%	1640000	5000	
6. L. B., l. 53.	1026	30%	1060000	7200	
7. W., l. 62.	1018	25%	1050000	8000	

---

[1]) Patrz Folia haematologica 1910. T. IX. Z. II.

krwistości złośliwej i bynajmniej nie przesądzają o takim lub innym dalszym jej przebiegu.

Nikt nie broni dziś chyba dawniejszego przypuszczenia, że obecność nakropionych czerwonych ciałek krwi pozwala odróżniać niedokrwistość złośliwą od niedokrwistości wtórnych.

Co do mnie, to z siedmiu przypadków złośliwej niedokrwistości, które spostrzegałem w ciągu dłuższego czasu, a zktórych 3 następnie sprawdzono sekcyjnie, tylko w jednym (Nr 7) znalazłem dość liczne czerwone ciałka z nakropieniami zasadochłonnemi. W pozostałych sześciu przypadkach nie znajdowałem nigdy nakropień. (Zob. tabl.)

Chociaż więc szpik kostny we wszystkich trzech przypadkach obfitował w komórki i miał charakter tkanki plastycznej, czerwonych ciałek krwi z nakropieniami zasadochłonnemi we krwi nie było wcale. Podkreślam tu szczególniej stan szpiku, ponieważ różni autorowie (Askanazy, Nägeli) utrzymywali, że nakropionych czerwonych ciałek krwi brak tylko w postaciach aplastycznych niedokrwistości złośliwej.

b) Co się tyczy barwiącej się za życia ziarnistości czerwonych ciałek krwi i jej występowania w przypadkach niedokrwistości złośliwej, to dotychczasowe dane w piśmiennictwie są bardzo skąpe. Znam z kliniki Widala pewien przypadek (71), który obfitował w czerwone ciałka krwi z ziarnistością barwiącą się za życia (i w czerwone ciałka krwi polichromatyczne), w którym jednak nakropionych czerwonych ciałek krwi nie było.

Osobiście miałem sposobność w klinice Prof. Grawitza badać jeden p r z y p a d e k n i e d o k r w i s t o ś c i z ł o ś l i w e j, w którym w każdem polu widzenia można było naliczyć po 20 i więcej czerwonych ciałek krwi z ziarnistością barwiącą się za życia. Nie posiadam niestety dokładniejszych liczbowych wyników badania krwi, jednak Prof. Grawitz podał mi ustnie, że w przypadku tym znajdowano także nakropione czerwone ciałka krwi. W dwóch innych przypadkach niedokrwistości złośliwej, w których zwracałem szczególną uwagę na obecność barwiących się za życia ziarnistości we krwi (w przypadkach 4. i 6. z wyżej wymienionych), liczba zawierających ją ciałek krwi nie wydawała mi się większą od normy. Natomiast w przypadku 7. znalazłem bardzo liczne czerwone ciałka krwi z ziarnistością barwiącą się za życia.

2) N i e d o k r w i s t o ś c i w t ó r n e.

Przechodząc do omówienia z i a r n i s t o ś c i z a s a d o c h ł o n n y c h przy niedokrwistościach wtórnych, pragnę zaznaczyć, że

a) co się tyczy po pierwsze nakropień zasadochłonnych, to Grawitz (26) upatruje pod tym względem różnicę pomiędzy k r w o t o k a m i zewnętrznymi i wewnętrznymi, t. j. do przewodu pokarmowego. Mianowicie, według Grawitza, jak również Bölkego (10) tylko w drngim z wymienionych przypadków, nigdy w pierwszym, można spotkać we krwi nakropione czerwone ciałka krwi, ponieważ tylko przy krwotokach wewnętrznych powstają produkty trujące przez rozkład krwi w przewodzie pokarmowym. Czynniki zaś trujące stanowić mają właśnie według Grawitza »conditio sine qua non« ukazywania się nakropionych czerwonych ciałek krwi,

Niedokrwistość, towarzysząca r a k o w i, przy której spotkać można niekiedy znaczną liczbę nakropionych czerwonych ciałek krwi, zależy według Grawitza, również od wchłaniania jadów »plazmotropowych«, które wywołują we krwi zwyrodnienie czerwonych ciałek.

Twierdzenie Grawitza, że czerwone ciałka krwi nakropione występują po krwotokach do przewodu pokarmowego, a nie zdarzają się w przypadkach krwotoków zewnętrznych, potwierdził Askanazy (3), który nie mógł wykazać takich ciałek w przypadkach łożyska przodującego, guzów krwawniczych, w krwawiączce (hemofilii) i t. p., natomiast znajdował stosunkowo znaczną ich liczbę w przypadkach wrzodu i raka żołądka, oraz krwotoków jelitowych pochodzenia zakaźnego. Mimo to jednak (Askenazy (3) nie dopatruje się w tem objawu zwyrodnienia czerwonych ciałek krwi pod wpływem trucizn, lecz staje raczej na tem stanowisku, że część krwi z przewodu pokarmowego ulega wchłanianiu i podnieca działalność narządów krwiotwórczych.

Bloch (8) natomiast nie znajdował nakropionych czerwonych ciałek krwi w przypadkach wrzodu żołądka. Również Fiessinger i Abrami (20) przytaczają przypadek krwawień jelitowych pochodzenia zakaźnego, w którym wynik badania krwi był ujemny, oraz dwa przypadki wybitnej niedokrwistości wskutek krwotoków nosowych, wzgl. krwawniczych, w których to przypadkach czerwonych ciałek krwi nakropionych zawsze brakowało.

Co do b l e d n i c y, to Strauss, Grawitz (26), Bloch (8), Ulmann, Hamel (28), Fiessinger i Abrami (20) nie znajdowali w jej przebiegu czerwonych ciałek krwi nakropionych. Nie stanowi to jednak w tem cierpieniu zasady ogólnej, gdyż Litten, Senator i Askanazy (3) znajdowali nakropione czerwone ciałka krwi i w błednicy. Nie dość na tem, w jednym ciężkim przypadku błednicy (25—30% hemoglobiny) spotykał Askanazy (3) nawet większą liczbę nakropionych czerwonych ciałek krwi, niż przy niedokrwistości złośliwej.

Co do g r u ź l i c y, to Grawitz (26), Hamel (28), Bloch (8), Askanazy (3), Fiessinger i Abrami (20) nie znajdowali nakropionych ciałek krwi w jej przebiegu. Spostrzeżeniom tym przeciwstawić można przypadek ze stwierdzonemi w czerwonych ciałkach krwi nakropieniami zasadochłonnemi, opisany przez Lutosławskiego (36), 22 takie przypadki, zebrane przez niego z piśmiennictwa ogólnego, oraz przypadek, badany przezemnie (obfite krwioplucie), w którym w utrwalonym preparacie znajdowałem pojedyńcze nakropione czerwone ciałka krwi.

W przebiegu b i a ł a c z k i wyniki badania krwi co do obecności nakropień zasadochłonnych bywały również bądź dodatnie [Lazarus (18), Engel, Bloch (8)], bądź ujemne [Lutosławski (36), Fiessinger i Abrami (20)].

Ostatecznie więc z piśmiennictwa, poświęconego temu przedmiotowi, odnosimy wrażenie, że n a k r o p i e n i e czerwonych ciałek krwi m o ż e s i ę z d a r z y ć w e w s z y s t k i c h w y ż e j o m ó w i o n y c h s t a n a c h c h o r o b o w y c h, j a k r ó w n i e ż w p r z e b i e g u z i m n i c y, r o p i e n i a itd., ż e j e d n a k n i e s t a n o w i o n o nigdy o b j a w u dla tych stanów s t a ł e g o.

b) Przechodząc z kolei do czerwonych ciałek krwi z ziarnistością b a r w i ą c ą s i ę z a ż y c i a — i w przebiegu

niedokrwistości wtórnych, zaznaczyć muszę, że dokładniejsze dane, dotyczące tej sprawy, znalazłem tylko w piśmiennictwie francuskiem.

Mianowicie Fiessinger i Abrami (20) podają przypadek krwawień jelitowych pochodzenia zakaźnego, w którym nie znajdowano czerwonych ciałek krwi nakropionych, natomiast ciałka, obfitujące w ziarnistość barwiącą się za życia, występowały w dużej liczbie — około 30%. Ciż sami autorowie znajdowali w przypadku ciężkiej niedokrwistości wskutek krwotoków nosowych (1,000.000 czerwonych ciałek krwi w 1 mm. sz.), tylko czerwone ciałka krwi z ziarnistością, barwiącą się za życia, a mianowicie 5—6%, natomiast w równie ciężkim przypadu krwotoków krwawniczych (1,300.000 czerwonych ciałek krwi w 1 mm. sz.) nie znajdowali ani nakropień zasadochłonnych, ani ziarnistości barwiących się za życia w znaczniejszej liczbie.

W przypadku gruźlicy i blednicy wyniki ich badań w tym względzie były stale ujemne.

Na 5 przypadków białaczki tylko w 3 liczba czerwonych ciałek krwi z ziarnistością barwiącą się za życia, była nieco zwiększona (3—5%).

Co się tyczy mego osobistego w tym kierunku doświadczenia, to zbadałem krew z górą 200 chorych, którzy przesunęli się przez oddział szpitalny, co do obecności barwiących się za życia ziarnistości ciałek czerwonych. Nie znalazłem przytem zwiększonej liczby czerwonych ciałek krwi z taką ziarnistością u całego szeregu chorych na serce, płuca, nerki, wątrobę i t. p. W niektórych przypadkach liczba tych ciałek była, być może, nieco zwiększona, zwłaszcza jeżeli chorzy dotknięci byli jednocześnie lekkim stopniem niedokrwistości, ale trudno się tu zoryentować co do nieznacznych różnic ilościowych, choćby już z tego względu, że i w prawidłowych warunkach wahania są dość znaczne, a wskutek tego błędy przy obliczaniu — nawet przy użyciu przegródkowego okularu Ehrlicha — mogą być dość wielkie. Nie będę więc poniżej oznaczać liczby czerwonych ciałek krwi, zawierających ziarnistość, odsetkowo; ograniczę się jedynie do wyrażeń: »prawidłowa ilość«, jeżeli w każdem prawie polu widzenia znajdowałem 2 — do 5 takich ciałek, — »obfita, względnie »bardzo obfita«, gdy w każdem polu było ich więcej — do 20 — 30 wreszcie »ogromna«, gdy co drugie lub trzecie ciałko krwi zawierało ziarnistość, barwiącą się za życia.

(Ciąg dalszy nastąpi).

Oceny i sprawozdania.

Kalendarz lekarski krakowski, wydawany staraniem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego pod redakcyą Prof. Dr L. K. Glińskiego. Rok XXI. 1911. Str. 418 + XVI.

W przedmowie wydanego właśnie rocznika oświadcza Redakcya »Kalendarza«, że dokonawszy znowu dalszych zmian tekstu, uważa pierwszy okres ulepszeń swego wydawnictwa za ukończony. Wobec tego godzi się rozpatrzeć, o ile wydawnictwo to, niezbędne dla każdego lekarza, zdołało pod nową redakcyą dostosować się do słusznych wymagań, jakie »Kalendarz« zaspokoić powinien. Otóż przedewszystkiem stwierdzić należy, że już co do obszerności i bogactwa tekstu nastąpił w Kalendarzu w ostatnich trzech latach bardzo znaczny postęp, ponieważ tekst wzrósł o trzecią część dawniejszego, a to przez objęcie Kalendarzem działów tak pożytecznych, jak technika częściej używanych zabiegów leczniczych, ocena stopnia niezdolności do zarobkowania wskutek nieszczęśliwych przypadków, uwagi psychiatryczne, uwagi praktyczne z zakresu chirurgii, rozdział o pierwszej pomocy w nagłych przypadkach, dane z epidemiologii i profilaktyki chorób zakaźnych, wskazówki dotyczące odkażania podczas i po chorobach zakaźnych, — wreszcie całego szeregu nowych, przejrzystych zestawień tabelarycznych dat, które trudno pamiętać, a nieraz szybko odszukać trzeba. Już to krótkie wyliczenie wskazuje, że treść Kalendarza uległa pod nową redakcyą istotnie radykalnej zmianie, zwłaszcza, że i dział najobszerniejszy, mianowicie podręcznik terapeutyczny, został stopniowo całkowicie na nowo opracowany przy równoczesnem bardzo znacznem rozszerzeniu i udoskonaleniu. Podobnie uzupełnione i dokładnie poprawione zostały rozdziały o otruciach, badaniach klinicznych, dział sądowo-lekarski, wiadomości o zdrojowiskach i uzdrowiskach i t. p. Prócz tego wyszedł w przedostatnim roczniku Kalendarza uzupełniony spis środków lekarskich, dział, uznany przez bardzo wielu lekarzy za wielce pożądany w takiem wydawnictwie, a który w roku bieżącym wydaje redakcya Kalendarza jako odrębny dodatek, gdyż pomimo zmiany papieru na znacznie cieńszy, chociaż lepszy i droższy, działu tego już w tekście niepodobnaby pomieścić bez uszczerbku dla wygody w posługiwaniu się kalendarzem. Wreszcie nie można pominąć dokładności i ścisłości, jaką pod nową redakcyą odznacza się dział informacyjny, mianowicie spis lekarzy w Galicyi i t. p., przyczem podnieść należy, jako bardzo pożyteczną nowość, dokładne skompletowanie spisu instytucyi i zakładów lekarskich. Ile trudu włożono nawet w dział informacyjny, łatwo się domyśleć wobec okoliczności, że — jak to każdy może sprawdzić — dział ten w Kalendarzu jest ściślejszy, aniżeli w wielu wydawnictwach oficyalnych!

Poziom, na jakim znajduje się obecnie lekarska część Kalendarza, uwzględniająca wszystkie najnowsze zdobycze metodyki dyagnostycznej i techniki leczniczej, najlepiej scharakteryzuje wymienienie współpracowników, którzy nie uchylili się od nader żmudnej i na pozór niewdzięcznej, w rzeczywistości zaś dla ogółu kolegów praktykujących istotnie użytecznej pracy około udoskonalenia Kalendarza. W liczbie ich znajdują się profesorowie Dobrowolski, Krzyształowicz, Lewkowicz, Majewski, Nowotny, docenci Droba, Mazurkiewicz, oraz wybitni specyaliści Dr Blassberg, Maryan Godlewski, Jankowski, Radliński, Rydel i t. d.

Obecnie przy surowej nawet ocenie można i należy uznać, że zapobiegliwość i mozolna praca nowej redakcyi uwieńczona została wynikiem pomyślnym w całej pełni, a Kalendarz krakowski bez najmniejszej przesady może zwycięsko współzawodniczyć z kalendarzami obcymi, zwłaszcza niemieckimi, i to nawet z mającymi najlepszą opinię. Toteż nadszedł czas, aby polskie wydawnictwo raz wreszcie wyparło z rąk naszych lekarzy kalendarzyki obce, do naszych potrzeb niedostosowane, od swojskiego wydawnictwa bardzo często o wiele słabsze, a jednak znajdu ące, dzięki szumnej reklamie i naszej inercyi do ostatnich lat aż nazbyt niestety licznych u nas odbiorców. Dzisiaj możemy sumiennie i bez obawy wymagać od lekarzy naszych, aby poczęli posługiwać się wyłącznie polskim kalendarzem lekarskim. Z.

Piśmiennictwo bieżące.

Chirurgia.

(Chirurgia kręgosłupa i kończyn).

Frankel. **Wyniki leczenia pełzaniem.** (Münch. med. Wochs. 1910, Nr 33). Zupełnie niesłusznie odrzuca wielu leczenie skrzywień kręgosłupa pełzaniem. Oddaje ono bar-

dzo cenne usługi, dzieci mogą się go nauczyć łatwo, a także zapobiegawczo działa pełzanie znakomicie. Co najważniejsza, pełzanie przez zmianę topograficznego położenia narządów klatki piersiowej działa korzystnie na przypadłości sercowe (patrz niżej pracę Brugscha), tak częste przy skrzywieniach kręgosłupa, a wiadomo, że właśnie wtedy wszelka inna gimnastyka jest przeciwwskazana. — Pełzanie poleca F. także przy początkowej gruźlicy płuc i przy białkomoczu ortostatycznym. K.

Brugsch. **O zachowaniu się serca przy skrzywieniu kręgosłupa.** (Münch. med. Wochs. 1910, Nr 33). Na podstawie wspólnej pracy z Fränklem dochodzi B. do przekonania, że powikłania i przypadłości sercowe przy skrzywieniach bocznych i tylnych kręgosłupa są bardzo częste. Prawie w 80% spotykał B. na radyogramach serce za małe (t. zw. typ asteniczny konstytucyi Stillera), a często przerosty lub rozszerzenia. Aorta okazywała nieraz nieprawidłowe wygięcia, co wywoływało przerost lewej komory, przy garbach zaś tylnych przerosła była prawa komora z powodu utrudnień krążenia w tętnicy płucnej i ucisku odpowiedniego płuca. — Na przypadłości sercowe bardzo korzystnie w podobnych przypadkach działa pełzanie. K.

Prof. Kryński. **Amputacya miednicy wraz z kończyną dolną.** (Przegląd chirurg. i ginekolog. T. I. Z. 1.). Operacya amputacyi miednicy datuje się od lat 15; po raz pierwszy ogłosił ją w r. 1894 Jaboulay. Obecnie opisano już 24 przypadki. Zabieg ten jest dla chorego bardzo ciężki, wykonywa się go zwykle w rozpaczliwych przypadkach, a wyniki nie są pomyślne, bo na 24 operacyi 16 razy nastąpiło zejście śmiertelne. Również przypadek Kryńskiego zakończył się niepomyślnie, ale dopiero w 4½ tygodni po operacyi. K. wykonał amputacyę miednicy u 53-letniego chorego z powodu mięsaka uda, przechodzącego na miednicę. W znieczuleniu rdzeniowem cięcie skórne równolegle do więzadła pachwinowego od jego środka do kolca biodrowego przedniego górnego, dalej wzdłuż grzebienia biodrowego do kolca tylnego. Przecięcie wszystkich warstw, uniesienie worka otrzewnego ku górze, podwiązanie naczyń biodrowych wspólnych i przecięcie na wysokości V. kręgu lędźwiowego. Drugie cięcie od kolca tylnego poprzez pośladek, łukowato ku przodowi aż do guza kulszowego, a stąd przez fałd krocza aż do złączenia z cięciem przedniem. Przecięcie kości łonowej na zewnątrz od guza łonowego, a kości kulszowej tuż obok guza, rozsunięcie przeciętych kości, przecięcie więzadeł krzyżowo-kulszowych, oddzielenie mięśni krocza, przecięcie nerwów i więzadeł, a wreszcie połączenia krzyżowo-biodrowego (synchondrosis sacro-iliaca), zaszycie rany; w dole przy kości łonowej założono tampon z gazy. Chory po operacyi wracał do sił, lecz wydzielina z rany była bardzo obfita, z początku surowiczo-ropna, potem ropna; w 4½ tygodni po operacyi śmierć z wynędznienia. Sekcya wykazała zapalenie opadowe płuca prawego. Źródłem obfitego wysięku była bezwątpienia otrzewna, obnażona na dużej przestrzeni i pokryta tylko skórą. Klęsk.

Prof. Kausch. **Przyczynek do amputacyi przy zgorzeli i ropowicy w cukrzycy.** (Münch. med. Wochs. 1910, Nr 34). Bardzo często przy zgorzeli i ropowicy u chorych na cukrzycę mimo wysokich amputacyi sprawa postępuje ciągle i zmusza do dalszych operacyi. W podobnym przypadku uzyskał K. znakomity wynik przez wykonanie amputacyi nie podług typowych zasad, lecz w jednej płaszczyźnie. Z początku kość sterczała poza skórę i części miękkie na 6 ctm., z czasem jednak przez odpowiedni wyciąg udało się zupełnie dobrze obciągnąć części miękkie poza kość. Typowa amputacya ma na celu szybkie pokrycie kikuta i uczynienie go rychło zdatnym do chodzenia, ma zaś tę wadę, że płaty są stosunkowo źle odżywione, co zwłaszcza u chorych na cukrzycę odbija się zgubnie. Natomiast amputując w jednej płaszczyźnie, wprawdzie zrzekamy się szybkiego wygojenia kikuta, ale za to mamy ranę dobrze odżywioną bez zaułków i miejsc martwych. K. nie hołduje zbyt doszczętnym sposobom, n. p. by zawsze amputować o staw wyżej. Kieruje się on krwawieniem miąższowem po nacięciu skóry i amputuje tam, gdzie ono jest wybitne. Unikać należy przy cukrzycy uśpienia chloroformowego, stosować zaś uśpienie eterowe lub znieczulenie rdzeniowe. Chorych przed i po operacyi trzeba trzymać na dyecie, a przed uśpieniem podawać wielkie dawki sody aż do zalkalizowania moczu. K.

Foerster. **O leczeniu porażeń kurczowych zapomocą wycięcia tylnych korzeni rdzenia.** (Mitt. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. T. 20. III.). Na zasadzie spostrzeżenia, że przy schorzeniu dróg piramidalnych w razie zaburzeń w sferze wejścia tylnych korzeni brakuje zwykle przykurczeń, istniejące zaś przykurczenia przy wystąpieniu tych zaburzeń znikają, postanowił F. leczyć kurczowe porażenia zapomocą wycinania tylnych korzeni, a to celem przerwania łuku odruchowego. Należy dokładnie zdać sobie sprawę, o które korzenie chodzi i nie wycinać więcej, niż dwa sąsiednie, przez co umożebnia się sąsiednim korzeniom zastępstwo w objęciu czynności czuciowej. Dla kończyn dolnych należy celem odsłonięcia ogona końskiego usunąć łuki kręgów lędźwiowych I—V. i górną część tylnej ściany kanału krzyżowego. F. operuje zwykle dwuczasowo, dołączając do wycięcia korzeni zwykle przecięcia ścięgien. Potem następuje jeszcze leczenie ortopedyczne i nauka chodu. Operacya ta jest wskazana we wszystkich ciężkich przypadkach porażeń kurczowych kończyn dolnych, zwłaszcza tych, przy których chorzy bez pomocy podpory zupełnie ruszać się nie mogą. W 2 przypadkach choroby Littlego i jednym przypadku porażenia na tle gruźliczego zajęcia kręgów, uzyskał F. przez swój zabieg wybitny skutek; przykurczenia ustąpiły lub wybitnie się zmniejszyły, podobnie wzmożone odruchy i odruchowe współruchy, a dowolna czynność mięśni uległa wybitnej poprawie. Natomiast w 2 dalszych przypadkach skutek operacyi był mniej korzystny. K.

Wilms. **Nowoczesne leczenie złamań trzonu kości kończyn dolnych.** (Mediz. Klinik 1910, Nr 36). Obecnie współzawodniczą ze sobą głównie 3 sposoby leczenia złamań: 1) wyciąg zwykły plastrowy, 2) szyny Zappingera, 3) wyciąg gwoździowy (wprost za kość) Steinmanna. Sposób Steinmanna zwłaszcza nadaje się przy złamaniach powikłanych, i o ile otrzymujemy chorego do leczenia po 1—2 tygodniach, a więc tam, gdzie chodzi o wyrównanie już trochę zgojonego przesunięcia. Przy złamaniach uda opatrunek gipsowy stosuje się obecnie chyba czasem u dzieci, zresztą wspomniane wyżej sposoby. Przy złamaniu w dolnej $1/3$ oddaje zwłaszcza szyna Zappingera bardzo dobre usługi. Wyciągi Steinmanna i Zappingera wymagają znacznie mniejszych obciążeń, niż wyciąg plastrowy, nie działają więc tak niekorzystnie na mięśnie i stawy. Przy zwykłych złamaniach goleni bez wybitnego przesunięcia stosujemy i obecnie gips okrężny. Przy złamaniach ciężkich z przesunięciem i tuż nad kostkami oddaje dobre usługi wyciąg Steinmanna. Przy wyciągu Steinmanna obciążenie nie powinno przekraczać w pierwszych dniach 15 funtów, potem je nawet zmniejszamy. Gwoździe wbija W. nie w kość piętową, lecz w goleniową. R.

Anschütz. **Leczenie złamań kości wyciągiem gwoździowym.** (Münch. med. Wochs. 1910. Nr 33). Polecone przez Steinmanna zakładanie wyciągu wprost na kość przez wbicie gwoździ stosował A. w kilku przypadkach i doszedł do następujących wniosków: Wyciąg Steinmanna oddaje bardzo cenne usługi tam, gdzie wyciągu plastrowego stosować nie można, a więc n. p. przy złamaniach powikłanych. Działa on bardzo energicznie nawet wtedy, gdy już od złamania upłynął pewien czas, a nawet gdy utworzył się staw wrzekomy. Sposób też ten nadaje się zwłaszcza wtedy, gdy złamanie z początku nie mogło być odrazu racyonalnie leczone (n. p. na wojnie, w razie powi-

kłań w narządach wewnętrznych i t. p.). Sposób Steinmanna oddaje cenne usługi także w przypadkach, w których ze względu na miejsce wyciąg plastrowy dobrze działać nie może, n. p. przy złamaniach kości stopy. Ponieważ działa on bardzo silnie, przeto nadaje się również bardzo do wyrównania skróceń po operacyjnem przedłużeniu kości lub nawet tam, gdzie gojenie kości przy wyciągu plastrowym następuje ze skróceniem. Tutaj nawet jeszcze po kilku tygodniach, n. p. przy stawie wrzekomym, uzyskać można dobre wyniki. K.

Prof. Payr. **O operacyjnem uruchomianiu sztywnych stawów.** (Münch. med. Wochs. 1910, Nr 37). Używane obecnie sposoby krwawego uruchomienia stawów są następujące: 1) zwykłe przecięcie zrosłych części; 2) wycięcie linii stawowej (resectio); 3) sposób Kochera: po wycięciu ustawienie w pozycyi zwichniętej i odprowadzenie dopiero w 14 dni, celem zapobieżenia zrostowi; 4) wsunięcie (interpozycya) w przecięty staw okolicznych części miękkich, lub nawet ciał obcych; 5) stworzenie nowego stawu obok dawnego; 6) przeszczepienie nowego zupełnie stawu. Aby skutek operacyi był dobry, trzeba uwzględnić następujące dane: 1) rodzaj zesztywnienia (kostne, chrząstkowe, wskutek zrostów części miękkich i t. p.), do czego służy prócz badania zwykłymi sposobami także rentgenoskopia; 2) stan okolicznych tkanek miękkich i blizn mięśni, nerwów, naczyń i t. p. 3) zupełne wygaśnięcie sprawy chorobowej, która zesztywnienie wywołała; 4) stan ogólny i wiek chorego, ilość stawów zajętych i t. p. U zbyt młodych osób nie można podejmować się operacyi, bo kości jeszcze rosną, i nie można liczyć na współdziałanie chorego po operacyi. Ze zrozumiałych przyczyn nie podejmujemy się także operacyi u osób starszych, osłabionych i t. p. Rokowanie staje się wątpliwem, gdy zesztywniało kilka dużych stawów. Operować należy zesztywniałe stawy po kolei. Nigdy nie można obiecywać choremu na pewno dobrego wyniku. Przed operacyą zawsze próbować należy leczenia bezkrwawego. — Operujemy chętniej na kończynach górnych, niż na dolnych, bo zesztywnienie kończyn dolnych mniej dokucza choremu. — Prócz operacyi wielką rolę odgrywa bezwątpienia racyonalne leczenie następowe. Przyjmując więc chorego do zakładu, powinniśmy się zapewnić, że będzie on mógł łacno pozostać czas długi. Przy operacyi uwzględniać musimy cięcie odpowiednie i dokładne usunięcie wszelkich zrostów, blizn i starej zwyrodniałej torebki, a to dla zapobieżenia nawrotom. Nowa torebka wytwarza się rychło sama przez się.

Co do szczegółów technicznych, to zależą one od samego stawu, i tak: 1) Bark: cięcie Hüter-Olliera, wsunięcie płatu z mięśnia piersiowego wielkiego. 2) Łokieć: cięcie Kochera lub Langenbecka, lub dwa boczne podłużne, płat z mięśnia trójgłowego. 3) Ręka: tkanka tłuszczowa do interpozycyi. 4) Palce: wsunięcie do stawu części ścięgna zginaczy. 5) Biodro: przednie cięcie Hütera, przeszczepienie okostnej lub płat z mięśnia prostego uda, albo krawieckiego. 6) Kolano: płat z powięzi uszypułowany, z podstawą tuż przy stawie. Szpara od tyłu powinna być szersza, potem rzepkę odciągamy w górę zapomocą wyciągu, by nie przyrosła. 7) Stopa: cięcie Kochera, wsunięcie w staw płatu z mięśnia trójgłowego łydki. Po operacyach zakładamy w razie potrzeby wyciąg, n. p. Steinmanna, by odciągać od siebie nowe powierzchnie. Zmiany położenia dokonujemy zapomocą szyn sprężynowych Heusnera lub przyrządów. Dopomagają leczeniu: wstrzykiwania fibrolizyny, kąpiele, miesienie, ruchy czynne i bierne, zastoina i t. p. Ewentualnie następowo musimy jeszcze przeszczepiać ścięgna. Niemiłe powikłania: zakażenie, oderwanie się ścięgien lub więzadeł, złamania, uszkodzenia nerwów i naczyń około stawu i t. p. Powody nieudania się zabiegu: 1) nieprzestrzeganie powyżej podanych wskazań; 2) za silne przykurczenia części miękkich, blizny; 3) złe leczenie następowe. Najlepsze wyniki dają operacye stawu łokciowego, najgorsze operacye kolana. Wogóle rokować należy ostrożnie. K.

Seidel. **Stała przetoka żółciowa, a rozrzedzenie kości u człowieka.** (Münch. med. Wochs. 1910, Nr 39). W r. 1905 zwrócił uwagę Pawłow w Petersburgu na fakt, że u psów często wskutek trwałej przetoki żółciowej lub trzustkowej powstają zmiany chorobowe w kościach, polegające na rozrzedzeniu tkanki kostnej (osteoporosis), głównie na żebrach, kręgosłupie, miednicy i barku. W roku 1907 potwierdził to Looser. Seidel zaś obecnie opisuje dwa przypadki u ludzi, w których wskutek długotrwałej przetoki żółciowej zjawiły się podobne zmiany w kościach. Jeden przypadek był sekcyonowany i znaleziono przytem stare złamania kilku żeber, o których chora za życia nic nie wiedziała. Sprawa w kościach przedstawiała się jako rozrzedzenie. W drugim przypadku przypady kostne poprawiały się zawsze po osiągnięciu lepszego odpływu żółci do jelit. Zmiany kości klinicznie cechują się bolami, ogólnem szybkiem nużeniem się, chodem niepewnym, kaczkowatym, wykrzywieniem kręgosłupa i t. p. Leczenie polega na usunięciu przetoki i skierowaniu żółci do jelit, a prócz tego na podawaniu fosforu, pokarmów zawierających wapno i żółć zwierzęcą (ew. w kapsułkach rozpuszczających się dopiero w jelitach). K.

Blum. **O leczeniu rwy kulszowej wstrzykiwaniami nadoponowemi.** (Münch. med. Wochs. 1910, Nr 32). Polecone przez Cathelina przy zaburzeniach pęcherza, a przez Sicarda przy nerwobolach w zakresie splotu krzyżowego, wstrzykiwania nadoponowe poleca B. na mocy swego doświadczenia w uporczywych przypadkach rwy kulszowej. Wstrzykiwania te działają lepiej od wstrzykiwań okołonerwowych Langego, nie są tak bolesne, nie wywołują takiego odczynu (gorączka, ogólny rozstrój) i, co główne, nie spostrzega się po nich niedowładów. Wstrzykuje się zapomocą igły długiej 6—8 ctm. przez dolny otwór krzyżowy, który leży poniżej środkowego grzebienia krzyżowego, a pomiędzy guzami kończącymi grzebienie boczne. U osób szczupłych rysują się te punkta wyraźnie. Worek oponowy sięga do I. kręgu krzyżowego tak, że igła, nawet całkiem wprowadzona, nie dosięga go. B. wstrzykiwał dawniej 1—4% kokainę lub stowainę, obecnie przekonał się, że to samo spełnia 5—10 cm^3 fizyologicznego rozczynu soli. Wstrzykiwania pomagają zwykle rychło, trzeba je zaś co 2–3 dni powtarzać. Najwyżej po piątem wstrzyknięciu skutek jest pewny. Prócz tego poleca B. wstrzykiwania nadoponowe przy uporczywych bolach i postrzałach krzyżów, przy moczeniu nocnem i przy przełomach żołądkowych lub pęcherzowych w wiądzie. Przy rwie układa się do wstrzyknięcia chorego na bok zbolały, bo igła zawsze kieruje się przytem więcej ku dołowi, więc prędzej dosięgnie pożądanego miejsca. K.

Ginekologia i położnictwo.

Roth. **O użyteczności cięcia przyłonowego (hebosteotomia) na podstawie 85 przypadków.** (Arch. f. Gyn. t. 91, z, II.). Po rozszerzeniu miednicy wykonywano zawsze natychmiast operacyę rozwiązującą, a mianowicie u pierwiastek przeważnie operacyę kleszczową, a u wieloródek obrót i wyjęcie płodu. Z tego też powodu stosowano cięcie łonowe zawsze dopiero wtedy, gdy ujście macicy było już zupełnie rozwarte; prócz tego przygotowywano u pierwiastek przedtem części miękkie (pochwę) przez założenie na pewien czas balonu do pochwy. Z matek zmarły dwie 2·35%, z płodów 6 = 7%; sprzężna prawdziwa (conj. vera) wynosiła od $6^1/_4$—8 ctm. Oba przypadki śmierci matek wykazały, że cięcia przyłonowego nie należy wykonywać przy znacznym niestosunku między główką płodu, a miednicą, jakoteż u matek, dotkniętych ciężkiemi chorobami narządów wewnętrznych (zapalenie nerek, wady sercowe); przeciwwskazanie stanowią również przypadki zakażone. Z powikłań pooperacyjnych najczęściej występowały krwa-

wienia (13 razy) i skaleczenia pochwy, pęcherza i stawów krzyżowo-biodrowych; skaleczenia stawów zdarzały się przeważnie u pierwiastek (29·4%), u których niebezpieczeństwo następowego zakażenia już z tego powodu jest większe, aniżeli u wieloródek. Dość niekorzystne wyniki wykazywały połogi operowanych, gorączkowało 48 położnic = 56·4%, z których 26 = 23·5% bardzo wysoko i długo. W szczególności spostrzegano bardzo często powstanie ciężkich nawet zakrzepów żył miednicy (14%), które w znacznej części należy odnieść do niedających się wprost skontrolować różnych skaleczeń części miękkich. Z powikłań późniejszych najczęściej występowały zaburzenia w chodzie, obniżenia pochwy i macicy, jakoteż przepukliny w miejscu przecięcia kości, stany, które czasem znacznie upośledzały zdolność do pracy, a nadto wpływały niekorzystnie na psychikę operowanych. W dłuższy czas po operacyi zgłosiło się do badania 38 kobiet, z których 1/3 podała, że potrzebowały 3—12 miesięcy, aby módz dobrze chodzić i pracować, i aby do pewnego stopnia uwolnić się od różnych przypadłości. Trzy kobiety, u których przy następnych porodach wykonano cięcie cesarskie, oświadczyły z naciskiem, że nigdy nie pozwoliłyby na cięcie przyłonowe, a jeżeliby zaszła potrzeba operacyi, to chyba znowu na cięcie cesarskie, po którem o wiele szybciej przyszły do zdrowia i nie miały takich przykrych dolegliwości, jak po cięciu przyłonowem. Dziesięć kobiet skarżyło się jeszcze po latach na bole przy chodzeniu, dłuższem staniu lub dźwiganiu ciężarów; bole te niewątpliwie należało odnieść do zmian w stawach krzyżowo-biodrowych. Przykrych tych następstw można uniknąć tylko w ten sposób, jeżeli się nie będzie operować tych wszystkich przypadków, gdzie zachodzi większy niestosunek między główką płodu, a miednicą matki. — Przyczynę dość częstych obniżeń pochwy i macicy należy odnieść do częstych naddarć mięśniowych przepony miednicznej przy rozejściu się pierścienia miednicznego. — Wyniki co do stałego rozszerzenia miednicy również nie były zbyt korzystne. Na 19 operowanych, które później znowu zgłosiły się do porodu, tylko u 6 stwierdzono rozszerzanie się pierścienia miednicznego przy porodzie, u 9 wcale rozszerzenia nie zauważono, a u 4 była miednica jeszcze bardziej ścieśniona wskutek grubej wystającej kostniny. Wyniki te wskazują, że po cięciu przyłonowem przeważnie następuje kostne zrośnięcie się w miejscu przecięcia. Co się tyczy praktycznego zastosowania cięcia przyłonowego, to autor sądzi, że nie nadaje się ono zupełnie dla praktyki ogólnej, lecz tylko dla odpowiednio urządzonych zakładów leczniczych. Dla lekarza praktycznego będzie wywołanie porodu przedwczesnego w przypadkach ścieśnienia miednicy najkorzystniejszym zabiegiem rozwiązującym. Zastosowanie cięcia przyłonowego należałoby wogóle ograniczyć, a mianowicie przez wyłączenie od tej operacyi pierwiastek, przypadków zakażonych i rodzących, dotkniętych ciężkiemi chorobami, oraz ścieśnień miednicy ze sprzężną prawdziwą poniżej 7 ctm. Dr E. Ehrenpreis.

Prof. Leopold. **Jakie stanowisko zajmuje klasyczne cięcie cesarskie w stosunku do cięcia przyłonowego i do cięcia cesarskiego zaotrzewnego.** (Arch. für Gyn. t. 91, z. II.). Omówiwszy krytyczne wyniki tych 3 operacyi, jakoteż zabiegu Porro, zastanawia się autor nad wzajemnym ich stosunkiem ze stanowiska praktycznego. Klasyczne cięcie cesarskie może znaleść zastosowanie przy miednicy ścieśnionej ze sprzężną prawdziwą (conj. vera) poniżej 8, wzgl. 7½ ctm. u rodzącej niezakażonej pierwiastki, czy wieloródki, w każdym okresie porodu, jeżeli tylko płód na pewne żyje. Śmiertelność matek obliczył autor na swoim materyale na 1·2% — dzieci 0%. Operacya Porro jest wskazana przy sprzężnej prawdziwej od 7 ctm. w przypadkach zakażonych, szczególnie, jeżeli płód nie żyje, okolicznościowo nawet u pierwiastek, i to również w każdym okresie porodu. Śmiertelność matek 0%, płodów 5·6%. Zastosowanie cięcia przyłonowego (hebosteotomia) ogranicza się, celem ratowania płodu, do miednic ścieśnionych ze sprzężną prawdziwą od 8—6¾ ctm.; sprzężna 6½ ctm., może przy rozejściu się rany kostnej i dużym płodzie stać się już bardzo niebezpieczną dla stawów krzyżowo-biodrowych. Wybierać należy przypadki tylko niezakażone i nie operować tym sposobem pierwiastek, u nich bowiem powstają bardzo często różne skaleczenia i zranienia części miękkich i pęcherza. Śmiertelność matek 1·2%, płodów 6—8%. — Cięcie cesarskie zaotrzewne znajduje zastosowanie, celem uratowania płodu, podobnie, jak klasyczne, przy miednicy ścieśnionej ze sprzężną prawdziwą 8 ctm. Nadzieja zastosowania tej operacyi w przypadkach zakażonych, celem uratowania matki i płodu, dotychczas zawiodła. Śmiertelność bowiem matek i płodów wynosi w takich przypadkach 8%, głównie z tego powodu, że przeprowadzenie tej operacyi istotnie zaotrzewnie napotyka często na nieprzezwyciężone trudności. Najlepsze więc wyniki tak dla matek, jak i dla płodów, otrzymano po cięciu cesarskiem klasycznem, którego, jak dotychczas, żadna operacya nie zdołała przewyższyć. Dr E. Ehrenpreis.

Görl. **Wywoływanie bezpłodności u kobiet zapomocą promieni Röntgena.** (Münch. med. Wochs. 1910, Nr 34). Od lat 4 zajmuje się autor sprawą leczenia krwawień i mięśniaków macicy zapomocą naświetlań promieniami Röntgena i doszedł do przekonania, że zapomocą tego sposobu udaje się zupełnie niszczyć zarazem czynność jajników. — G. postępuje bardzo ostrożnie i powoli, używając twardych lamp i to z takiej odległości i w takiem nasileniu, że przy posiedzeniu, trwającem do 45 minut, zaledwo wywołuje mały odczyn skóry, i to jeszcze zwykle każde posiedzenie dzieli na 3 części, uważając, by każda część skóry nie była częściej naświetlaną, niż co 8 dni. Najpierw naświetla zawsze okolicę obu jajników u osób chudych wprost, u otyłych zapomocą ołowianych tubusów, a po następnych posiedzeniach obejmuje dalsze okolice od grzbietu. Leczenie należy zaczynać zawsze wkrótce po ostatniej regularności, albowiem zwykle z początku jest silne podrażnienie i ewentualna miesiączka mogłaby być bardzo silna. Następna miesiączka bywa zwykle taka jak zwykle, a potem dopiero stają się miesiączkowania skąpszemi, za to trwają dłużej i zjawiają się w coraz to większych odstępach czasu, aż znikną zupełnie. Leczenie to wywiera także bardzo korzystny wpływ na serce, a mięśniaki zmniejszają się, a nieraz znikają zupełnie. A.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie z d. 26. października 1910 r.

Przewodniczy r. dw. Prof. Dr Wicherkiewicz. Obecnych członków 46.

1) Przewodniczący przedstawia jako gościa radcę medycynalnego okulistę p. Łobassowa z Warszawy.

2) Protokół poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

3) Dr Eisenberg przedstawia mikroskopowe preparaty z przypadku **zapalenia gardła Plaut-Vincenta** (prątek wrzecionowaty i krętowłosy).

Dr Spira podaje szczegóły z klinicznego przebiegu tegoż przypadku; w celach leczniczych stosowano 10% azotan srebrowy i H_2O_2.

4) Przewodniczący podaje do wiadomości, iż na podstawie głosowania przyjęci zostali w poczet członków: Dr Maryan Eiger i Dr Marya Horowitz-Loriowa.

5) Dr Kwaśnicki wygłasza wykład: **Klinika cholery.**

6) Dr Janiszewski wypowiada wykład: **Profilaktyka cholery.**

Posiedzenie d. 6 listopada 1910.

Przewodniczy r. dw. Prof. Dr Wicherkiewicz. Obecnych członków 48.

1) Przewodniczący przedkłada listę komitetu przedwyborczego, którą jednomyślnie przyjęto. W skład komitetu weszli: przewodniczący Dr Kwaśnicki; członkowie: Dr Bannet, Bielański, Boczar, Prof. Braun, Prof. Dobrowolski, Dr Friedmann, Grzybowski, Jakobsohn, Kania, Prof. Kostanecki, Prof. Maziarski, Dr Morawski, Prof. Nowotny, Dr Oświecimski, Poźniak, Praetzel, Sikorska, Stahr, Warzycki.

2) Prof. Rutkowski przedstawia przypadek **plastyki kości kończyny dolnej**, wykonanej z powodu mięsaka.

3) Przewodniczący zagaja dyskusyę nad odczytami **o cholerze.**

Dr Eisenberg zaznacza, że jakkolwiek dotychczasowe próby antyseptyki wewnętrznej nie dały zachęcających wyników, to jednak wobec postępów chemoterapii należy w tym kierunku dalej szukać i zwraca uwagę na ciekawe doświadczenia Conradiego, któremu zapomocą chloroformu udało się skutecznie leczyć zakażenia durowe u królików. Nadto możeby warto popróbować octanu glinowego, który w postaci »gelonida aluminii subacetici« ma skutecznie zmniejszać ilość bakteryi w jelitach. Co do zapatrywania wypowiedzianego przez red. Kwaśnickiego, że w cholerze należy przetrzymać siły chorego aż do przesilenia się choroby, to znajduje ono poparcie w spostrzeżeniach bakteryologicznych, które wykazały, że pewne zarazki mają ograniczony cykl rozwojowy i przez to zakażenia przez nie wywoływane mogą znaleść naturalny koniec, o ile nie zabiją wprzód ofiary, nie w odporności ustroju, ale w biologii samego zarazka. Co do epidemiologii wreszcie, na podstawie stosunków rosyjskiej cholery podkreśla E. znaczenie czynników społeczno-kulturalnych, jako ważnego czynnika w szerzeniu się i zwalczaniu zaraz i wzywa do szerzenia oświaty jako skutecznej broni w walce z zarazami

Dr Buzdygan: W leczeniu cholery zasadniczem wskazaniem jest przywrócić zagęszczonej krwi utraconą jej surowicę. Ten cel usiłowano osiągnąć wstrzykiwaniami rozczynów słonych. Z utratą wody krew cholerycznego traci także i swe sole i dlatego stosowane dotąd wstrzykiwania fizyologicznego rozczynu soli okazały się często mało skuteczne, szczególniej w przypadkach ciężkich, gdzie właśnie stosunek soli zawartych we krwi spadał poniżej poziomu prawidłowego. Wówczas wstrzykiwania surowicy hypertonicznej powstrzymują utratę wody z ustroju i stolce wodniste stają się mniej częste. Większej skuteczności surowicy hypertonicznej nad fizyologiczną dowodzą zestawione liczby statystyczne, ogłoszone przez Rogersa, profesora »Medical College« w Kalkucie. W okresie 1895—1905, gdzie cholerycznych leczono wlewaniami podskórnemi lub do jelit z rozczynu fizyologicznego chlorku sodu — śmiertelność dosięgała 59%. W r. 1906 użyto tegosamego rozczynu fizyologicznego, ale do wstrzykiwań wśródżylnych, śmiertelność spadła do 51·9%. A gdy w r. 1907 wrócono do leczenia z okresu 1895—1905, śmiertelność znów się podniosła do 59·5%. W latach 1908 i 1909 stosowano wlewania śródżylne z rozczynu hypertonicznego, a mianowicie chlorku sodu 7·20, chlorku potasu 0·36 i chlorku wapnia 0·24 na 500·0 wody wyjałowionej; śmiertelność spadła na 32·6%. Gdy Rogers obok wlewań surowicy hypertonicznej zaczął podawać cholerycznym do picia środek silnie utleniający: nadmanganian potasu od 0·03—0·06 na 500·0 wody a nawet w silniejszych rozczynach, śmiertelność spadła do 23·3%. Kol. Kwaśnicki wspomniał także i o metodzie leczenia cholery środkiem wymiotnym, stosowanym przez Chałubińskiego. Muszę przytoczyć teoryę, na której ten znakomity praktyk opierał swoją metodę, a o której mi osobiście nieraz mówił. »Z samego początku choroby należy wywołać wymioty żółciowe, żółć bowiem niweczy zarazki choleryczne nagromadzone w żołądku«. Wedle dzisiejszych doświadczeń wiemy przeciwnie, że w żółci przebywają prątki Ebertha, czy i inne tam się nie mieszczą? A więc z początku choroby usunięcie wymiotami zarazka zapobiegnie chorobie. Tenże sam Chałubiński dał mi proszki wymiotne do kieszeni, gdy w r. 1885 jechałem do wielkiej epidemii cholery w Hiszpanii. Po kilku miesiącach pobytu w Madrycie zachorowałem, sięgnąłem po proszek Dra Chałubińskiego, nastąpiły wymioty żółciowe, a po 2 dniach opuściłem łóżko. (Stresz. własne).

Dr Kania: Przy leczeniu cholery wiele rzeczy musimy mieć na względzie. Przedewszystkiem trzeba pamiętać, że jedna epidemia nie jest w zupełności podobna do drugiej, że nawet charakter choroby innym bywa w początku danej epidemii, a innym ku końcowi jej trwania. Wskutek tego metody leczenia, dające raz dobre wyniki, zawodzą kiedyindziej. Stąd powodzenie w różnych epidemiach najrozmaitszych środków leczniczych: środki wymiotne, czyszczące, wstrzymujące, odurzające, przeciwgnilne itd., wszystkie miały swe okresy powodzenia i okresy, gdy w zupełności zawodziły. Dlatego lekarz, przystępując do walki z cholerą, musi cały arsenał naszej wiedzy leczniczej mieć na pogotowiu, być niejako eklektykiem i nie zacieśniać się »a priori« do jednej jakiej metody. Ze specyalnych niejako metod leczniczych, stosowanych przy cholerze, dwie zwłaszcza znajdują szersze zastosowanie. Jedna to metoda Cantaniego, o której wyczerpująco już mówił red. Kwaśnicki w swym wykładzie. Druga — metoda wlewań śródżylnych. Ta metoda nie jest nowszą, jak ją nazwał przed chwilą kol. Eisenberg, jest ona właśnie jedną z najstarszych metod leczniczych przeciwcholerycznych. Nie mówiąc już o próbie stosowania tej metody podczas epidemii w Moskwie 1831 r., gdzie fałszywie pojęta nie dała żadnych wyników, to w r. 1832 Thomas Latta z Leith w Szkocyi stosuje ją z powodzeniem i na wielką nawet skalę. Później widzimy ją w użyciu w czasie różnych epidemii na Zachodzie, zwłaszcza we Francyi, sporadycznie niejako przez różnych lekarzy. Hayem w r. 1884 usystemizował ją, że tak powiem, łącząc wlewania śródżylne swej surowicy (Natr. chlorat. 5.00, Natr. sulfur. 10.00, Aq. steril. 1000.00) z ciepłemi kąpielami o 40° C. (po 20 min. co parę godzin). Metoda Hayema znajdowała szerokie zastosowanie we Francyi w czasie epidemii cholery 1892 r. Jednak, raz jeszcze powtarzam, nie należy przy cholerze do jednej metody się ograniczać. Wlewania śródżylne, to zabieg poważny, to też stosuje się je prawie »in extremis«, gdy ciśnienie krwi spada poniżej 80 m/m, a nawet 70 m/m, gdy tętno przestaje być wyczuwalne. Wlewamy wtedy do żyły 1½ do 2 litr. płynu. Działanie tego zabiegu jest bardzo szybkie, ale przemijające, tak że niejednokrotnie trzeba go powtarzać. Doświadczenie kliniczne przekonało, że trwalszą poprawę zyskujemy, wlewając do żył płyn hypertoniczny, t. j. o koncentracyi solnej — 1·3% do 1·5%, zamiast 0·75% do 0·95%. Inaczej ma się z wlewaniem podskórnem płynu. Stosować je łatwiej, można przeto znacznie wcześniej uciec się do tego zabiegu; podskórnie wstrzyknięty płyn nie działa wprawdzie tak szybko, wchłania się wolniej, ale też zato dłuższem jest jego działanie. Trzeba więc umieć godzić te metody i stosować wlewanie podskórne w razie potrzeby nawet we wczesnych stadyach choroby, zachowując w rezerwie wlewanie śródżylne na później, gdy mimo wszystko okaże się potrzeba szybkiego i energicznego zadziałania. Przy tej sposobności nadmienić muszę, że skład chemiczny wstrzykiwanego płynu nie jest obojętny dla ustroju. Dla należytego funkcyonowania ustroju niezbędnem jest zachowanie jego równowagi chemicznej, równowagi mineralnej. Nie każdy z płynów, będących w użyciu przy wstrzykiwaniach, odpowiada tym wymaganiom. Idealnym takim płynem jest woda morska izotonizowana. Niestety, musi ona być względnie świeżą przy użyciu, nie może przeto znaleść u nas szerszego zastosowania. Normalna woda mineralna Prof. Jaworskiego Nr I. (1%) może również w tym celu być użyta. Należałoby tylko dodać do niej nieco rozpuszczalnych soli wapiennych. Dobrzeby też było mieć ją gotową w nieco bardziej zgęszczonej formie (1·4%) do wlewań śródżylnych

hypertonicznych. Kol. Buzdygan przytoczył przed chwilą niedawno ogłoszoną (Brit. med. Journ. 24. września 1910) statystykę Prof. Rogersa z Kalkuty i podał w krótkości sposób jego leczenia, który w jego ręku dał rzeczywiście zdumiewające wyniki, bo tylko 23·3% śmiertelności i to w czasie epidemii, gdy w innych szpitalach statystyka wykazała 71% śmiertelnych przypadków. Nie będę więc mówić o tem, chciałbym tylko dopełnić to, co powiedział kol. Buzdygan i sformułować dawkowanie nadmanganianów według wskazówek Rogersa. Mianowicie od pierwszej chwili daje on chorym do picia »ad libitum« w miejsce wody czy innego napoju rozczyn nadmanganianu wapnia (calcium hypermanganicum). Zaczyna on od 0·05 na litr wody, i, o ile chory znosi to dobrze, podaje mu rozczyn coraz silniejszy, dochodząc do 0·50 a nawet 0·75 nadmanganianu wapniowego na litr wody. Jeżeli chory nie znosi tego napoju, to mu podaje nadmanganian w pigułkach. Nie mogąc mu dać w tej formie nadmanganianu wapniowego [1]), stosuje on wtedy pigułki, zawierające 0·13 nadmanganianu potasowego w połączeniu z kaolinem i wazeliną. Pigułki te muszą być keratynizowane, aby się rozpuszczały dopiero w jelicie. Daje on przez pierwsze dwie godziny 1 pigułkę co kwadrans, następnie 1 pigułkę co ½ godziny, aż wypróżnienia staną się mniej częste i zielonawo zabarwione. Drugiego i trzeciego dnia powtarza to leczenie, dając chorym po 8 pigułek, po jednej co ½ godziny. Pod wpływem tego leczenia okres odczynu przebiega spokojnie i zdrowienie jest krótkie. Jednakże koniecznym warunkiem powodzenia jest stosowanie nadmanganianów w możliwie najwcześniejszym okresie choroby. Chciałbym tu jeszcze dodać małą uwagę. Mianowicie, typowy obraz cholery przypomina bardzo obraz ostrej niedomogi nadnerczy, jaki się daje czasem spostrzegać w innych chorobach zakaźnych, a znany nam od czasu pracy Sergenta i Bernarda (1902). Rolleston, Hutinel, Neder, Moizard i in. stosowali nieraz w tych przypadkach opoterapię i niejednokrotnie z dobrym wynikiem. Nasuwa się więc myśl, czyby i w przypadku cholery w pełni rozwoju nie można próbować stosowania opoterapii z nadnerczy, czy to jako wyciąg z nadnerczy (fabr. Carrion et Hallion), czy jako hemizinę (fabr. Burroughs Wellcome and Co), czy wreszcie jako adrenalinę 1 : 1000. Adrenalinę można dawać kroplami wewnętrznie, lub też podskórnie. Można wreszcie łączyć ją z płynem wstrzykiwanym podskórnie w ilości 1 c. sz. adrenaliny 1 : 1000 (czyli 0·001 adrenaliny) na 250 - 500 c. sz. wstrzykiwanego płynu. W najgorszym razie, płyn taki działa dodatnio na podniesienie obniżonego ciśnienia krwi. (Stresz. wł.).

W końcu przemawia r. dw. Prof. Dr Wicherkiewicz: Na zakończenie niech mnie będzie wolno słów kilka dorzucić. Skończywszy studya lekarskie w r. 1873, odrazu miałem stoczyć pod okiem mego ojca, bardzo wziętego lekarza, walkę zawodową z trzema potężnymi przeciwnikami, bo z durem plamistym, ospą i cholerą. Dostałem się w okolicę, mocno chorobami nawiedzoną, a po wsiach całe domy traciły swych mieszkańców na cholerę, gdy nie było pomocy lekarskiej. Natomiast śmiertelność nie była zbyt wielka, gdy wcześnie zastosowywano odpowiednie środki. Do nich należał jeden, o którym dotychczas nie było tutaj wzmianki, t. j. olej rącznikowy. Ze wszystkich środków wypróżniających on jeden okazał się skutecznym, w samym początku choroby podany. Czy tę skuteczność zawdzięcza składnikom szkodliwym dla przecinkowców, nie mogę rozstrzygnąć. Oczywiście stosowano nadto przetwory makowca, a obfitymi napojami, zwłaszcza wodą sodową albo lekko słoną, starano się ubytek, spowodowany wypróżnieniami, wyrównać. Chorego zawijano w koce, by nie tracił ciepła. Rolę jednak najważniejszą odgrywa w epidemii zapobieganie, ale jak trudno o nie u naszego ludu, o tem mogłem się niejednokrotnie i w czasie tej epidemii cholery przekonać. Powołano mnie na wieś, gdzie w jednej chałupie dogorywał ojciec 20 letniej dziewczyny, jedynej pozostałej z mieszkańców tego domu. Poleciłem natychmiast dziewczynę po śmierci ojca umieścić gdzieindziej, a przedewszystkiem zakazałem jej zajmować się praniem zbrudzonej po ojcu bielizny. Gdy mnie w kilka dni później znowu przywołano do tejsamej wsi, dowiedziałem się, że to owa dziewczyna, która mimo zakazu praniem bielizny po śmierci ojca się zajęła, ciężko zachorowała. Udało się jednak mimo bardzo groźnych objawów chorą ocalić. Po tygodniu nawrót wskutek spożycia śliwek, ale znowu pokonany tymisamymi środkami. Profilaktyka cholery sprawiła w r. 1848, że, jak to niedawno Wiliam Calwal wykazał, wkradł się wśród ludu zwyczaj nadużywania eteru w postaci kropel cholerycznych. W północnej Irlandyi mają kobiety, używające eteru, stanowić od tego czasu gdzieniegdzie 10% do 25% ludności. Wiemy, że i u nas wielokrotnie zakorzenił się ten szkodliwy dla zdrowia nałóg używania kropel Hoffmana, zawierających właśnie eter.

4) Przewodniczący zawiadamia o wyniku głosowania, na mocy którego Dr Markowa została przyjęta w poczet członków.

5) Doc. Dr Koźniewski wygłasza wykład: **O hormonach.** (Część I.).

Sekretarz: Dr Bujak.

[1]) Przed 1½ rokiem może C. Arbour Stephens zaczął polecać calcium hypermangan., jako środek prawie specyficzny w pewnych wypadkach nieżytu żołądka i jelit. Niektóre fabryki przetworów farmaceutycznych w Anglii (Allen and Hanbury; Oppenheimer) wyrabiają od tego czasu gotowe kapsułki, zawierające calc. hypermang., a rozpuszczające się dopiero w jelicie.

Towarzystwo lekarskie łódzkie.

Posiedzenie z d. 7. września 1910 r.

Przewodniczący: kol. Krusche. Sekretarz: kol. Sonnenberg.

1. W przemówieniu zagajającem, prezes kol. Krusche zawiadomił, iż w lipcu b. r. zmarł kol. Aleksander Tumpowski, który przed opuszczeniem Łodzi był członkiem naszego Towarzystwa i brał w życiu Towarzystwa czynny udział. Kol. Krusche podniósł zalety zmarłego kolegi, który był oddany pracy, przywiązany do zawodu, stronił od wszelkiej reklamy i odznaczał się prawością charakteru, co mu jednało szacunek kolegów. Zmarły licznemi pracami z dziedziny chorób nerwowych zasilał pisma lekarskie polskie oraz umieszczał artykuły w czasopismach lekarskich zagranicznych. B. p. kol. Tumpowski praktykował lat kilka w Irkucku, poczem wrócił do kraju i ostatnie lata praktykował pod Warszawą, w Otwocku. Zmarł w sile wieku, w Wiedniu, dokąd się udał, szukając ratunku dla swego zdrowia. — Obecni uczcili pamięć zmarłego kolegi przez powstanie z miejsc.

2. Kol. Prezes zawiadomił obecnych, że na skutek poczynionych u władz starań, dotyczących wyjednania pozwolenia na **Zjazd w Łodzi przedstawicieli Towarzystw lekarskich prowincyonalnych w roku przyszłym** z okazyi obchodu 25-lecia naszego Towarzystwa, nadeszła od generał-gubernatora warszawskiego przychylna odpowiedź z zastrzeżeniem, że na miesiąc przed otwarciem Zjazdu będzie władzom gubernialnym przedstawiony szczegółowy program czynności Zjazdu, oraz, że posiedzenia odbywać się będą w obecności przedstawiciela policyi.

3. Kol. Prezes zawiadomił obecnych, że z przyczyny zrzeczenia się przez kol. Perlisa godności członka sądu przy Towarzystwie lekarskiem łódzkiem, z dwóch zastępców sędziów, kolegów: Pieniążka, obranego w swoim czasie 20 głosami i Sonnenberga, obranego 18 głosami, członkiem sądu zostaje kol. Pieniążek.

4. Z kolei poruszono będące na porządku dziennym pytanie, czy Towarzystwo lekarskie łódzkie ma wziąść udział, przyłączając się do kilku innych instytucyi, w adresie do fundatorów szpitala »Anny-Maryi«. Nad sprawą tą wywiązała się dyskusya. Zwrócono uwagę, że jeżeli adres może był właściwym wówczas, kiedy ufundowano szpital, to chwila

obecna, kiedy fundatorowie oddają go Towarzystwu Dobroczynności, usuwając się od dalszej opieki nad szpitalem — jest mniej odpowiednia. Dalej w rozprawach wyłoniły się inne jeszcze pytania: czy za ofiary pieniężne adres stanowi odpowiednią formę uznania? Jak postępują w podobnych wypadkach inne miasta? Odpowiedziano, że w sprawach podobnych nie należy się kierować tem, jak się rzeczy tego rodzaju załatwia gdzieindziej i że należy postępować samodzielnie. W dyskusyi podkreślono również sympatyczną cechę omawianej ofiary, a mianowicie fakt, że fundatorowie zrobili ofiarę poniekąd bezimiennie, nie wiążąc — jak to się zwykle w podobnych przypadkach dzieje — swego nazwiska z instytucyą. Za przyłączeniem się naszego Towarzystwa do adresu, nikt nie przemawiał. Sprawę postanowiono poruszyć na jednem z przyszłych posiedzeń.

5. Kol. Sterling, wobec braku zapowiedzianego odczytu, mówił o przyczynie **trudności w rozpoznawaniu gruźlicy płuc u starców;** o »arthritis tuberculosa acuta« Ponceta; o »**typho-bacillosis**« Landouzyego.

6. W dyskusyi kol. Klozenberg zapytuje prelegenta, czy przytoczony przez niego przypadek Ponceto nie da się podprowadzić pod obraz »polyserositis«? Kol. Rueger zwraca uwagę, że odczyt prelegenta o »typho-bacillosis« przypomina mu przypadek z praktyki prywatnej, który możnaby zaliczyć do wspomnianego typu: chory, po przebyciu choroby o objawach duru brzusznego, dostaje po 3 tygodniach nawrotu gorączki z objawami ze strony płuc i jelit: kaszel, bole w piersiach, plwocina ze stałą domieszką krwi, obfite poty, w lewym szczycie stłumienia, brzuch wzdęty, przy ucisku bolesny, biegunka. C. 40°. T. 130, słabe. Przypuszczając gruźlicę prosówkową, kol. R. chorego do szpitala nie przyjął. W rok później, ku zdziwieniu kol. R., pacyent zjawił się z powodu ropnia zimnego na udzie. Badanie płuc poza wyraźnem stłumieniem i osłabieniem szmerów oddechowych w lewym szczycie innych zmian nie wykazało. - Kol. Rosenthal zwraca uwagę, że odczyn dwuazowy, który dosyć często spotykamy przy durze brzusznym, nie jest jednak dla duru charakterystyczny, bywa bowiem i przy innych cierpieniach. W gruźlicy występuje on w okresie rozpadowym, a wówczas badanie kliniczne zwykle pozwala odróżniać tę sprawę od duru brzusznego. Odczyn widać również niewiele pomaga przy odróżnianiu duru brzusznego od gruźlicy w początkowym okresie jej rozwoju. Metoda aglutynacyjna Widala w wielu przypadkach duru występuje dość późno, w początkach więc duru niema wielkiej wartości rozpoznawczej. Wyniki dodatnie przemawiają za durem, lecz ujemne nie świadczą przeciwko niemu. — Kol. Trenkner przytacza przypadek ze swej praktyki, przypominający typ cierpienia, o którym mówi prelegent. Przypadek dotyczy chorego, który był dotknięty gruźlicą płuc, u którego występowały obrzęki stawów bolesne, lecz bez cech ostrego zapalenia. — Kol. Birencweig zwraca uwagę na to, że znane mu są z nowszego piśmiennictwa opisy przypadków cierpień nerek, spostrzeganych u osób, dotkniętych gruźlicą, lecz u których ogniska gruźlicze znajdują się nie w nerkach, lecz w innych narządach. Wymienione zapalenia nerek, prawdopodobnie wywołane przez toksyny lub laseczniki gruźlicze z odległych ognisk, znamionują się tem, że przebiegają pod postacią zwykłego zapalenia nerek, pod względem jednakże anatomo-patologicznym żadnych dla gruźlicy znamiennych cech nie przedstawiają. Jestto dział cierpień: »nephrites chez les tuberculeux«. — Kol. Rozenblatówna zwraca uwagę na istnienie postaci przewlekłego gośćca gruźliczego o objawach klinicznych, przypominających zupełnie zwykły gościec stawowy przewlekły. W szpitalu »Anny Maryi« postać tę spostrzegano dwukrotnie. — Kol. Sterling odpowiedział wszystkim oponentom.

W końcu posiedzenia kol. Krusche przestawił preparat **raka okrężnicy poprzecznej**. E. Sonnenberg.

Towarzystwo lekarskie łódzkie.

Sekcya neurologiczno-psychiatryczna.

Posiedzenie z dnia 28. grudnia 1909 r.

(w sali posiedzeń szpitala im. Poznańskich).

1. Kol. Pański przedstawia przypadek **nowotworu mózgu.** K., 60 lat, żonaty, ma 3 dzieci; zaprzecza przebycia kiły i brak też powodów do podejrzenia w tym względzie. Kilkakrotne zapalenie płuc, ostatnie przed 2 laty. Od tego czasu chory na zdrowiu nie zapadał. Od 12 tygodni bole głowy i wymioty. Między napadami bolów głowy 2—3 dni bez bolów; wtedy również niema wymiotów. Podczas napadów mówi chory od rzeczy w przeciągu paru minut, poczem znów przytomność wraca; czasami słyszy wtedy, co się do niego mówi, nie może jednak odpowiedzieć. Bywały dnie całe, kiedy chory nic nie mówił, lub nie rozumiał, co się do niego mówiło.

Chód nieco bezładny. Nieznaczny objaw Romberga. Porażeń kończyn, ani nerwów czaszkowych niema. Odruchy ścięgnowe i skórne zachowane, odruchów Oppenheima i Babińskiego niema. Czucie zachowane. Wzrok, słuch, smak, powonienie — zachowane. Źrenice — średniej szerokości, równe, oddziaływają na światło. Na dnie oczu wyraźne brodawki zastoinowe. — Serce bez zmian, tętno 84. W płucach dużo rzężeń. Niema zaburzeń w oddawaniu moczu. W moczu brak białka i cukru. — Ogniskowych objawów niema. Bole głowy i wymioty, trwające kilka miesięcy; napady nieprzytomności, a zwłaszcza brodawki zastoinowe upoważniają do rozpoznania nowotworu mózgu. Brak objawów ogniskowych utrudnia określenie siedziby nowotworu. Niema również dostatecznych danych do wyjaśnienia rodzaju nowotworu. (Streszczenie własne).

Dyskusya: Kol. Klozenberg: Wobec braku objawów ogniskowych należy się zastanowić, czy nie chodzi tu o surowicze zapalenie opon. Wątpliwość tę rozstrzygnie nakłucie lędźwiowe, które należy przedsięwziąć oczywiście z zachowaniem ostrożności. — Kol. Pański: Nakłucie będzie wykonane, o ile chorego da się namówić do zapisania się do szpitala.

2. Kol. Klozenberg przedstawia chorego po **zatruciu tlenkiem węgla.** Chory, l. 39, przywieziony został przez Pogotowie w stanie nieprzytomnym, jako zaczadzony: respiratio stertorosa, sinica, tętno nie wyczuwalne, tony serca głuche. Nazajutrz chory po zastosowanych zabiegach powrócił do przytomności.

Skarży się na uczucie drętwienia w prawej kończynie dolnej, bole w prawym pośladku, na trudność chodzenia i częste wrażenia zimna w prawej kończynie dolnej. Chodzi, powłócząc prawą kończyną dolną i wyprostowując ją w stawie kolanowym. Unosi kończynę zaledwie do 45°, przyczem występuje w lekkim stopniu bezład. Zginanie, wyprostowywanie, ruchy stopy i palców znacznie gorsze, niż po stronie lewej. Odruchy kolanowe z obydwu stron jednakowo żywe. Brak prawego AR, lewy — prawidłowy. Brak odruchów podeszwowych, Babińskiego. Odruchy brzuszne i mosznowe z obu stron jednakowe. Nieznaczny zanik mięśni prawej goleni i pośladka. Oddziaływanie mięśni grupy strzałkowej prawej = 0, z wyjątkiem krótkiego prostownika palców i długiego prostownika palucha. Zanik mięśni międzykostnych dłoni prawej, kłęba i kłębka (od dzieciństwa). Objaw Laseguea b. wydatny. Czucie na całej połowie ciała i twarzy słabsze, szczególniej osłabione na prawej kończynie dolnej, gdzie ukłucie jest prawie zupełnie niebolesne. Bolesność na przebiegu nerwu kulszowego od kości krzyżowej do łydki. Prawa źrenica nieco węższa; oddziaływanie dobre. Język zbacza nieco na prawo.

Mamy tu więc dwie sprawy — jedną starą — porażenie zanikowe w prawej dłoni; drugą świeżą, zależną od zatrucia CO. W tej drugiej sprawie zupełnie wyraźnie występują ze strony n. kulszowego: bolesność na przebiegu, objaw Laségua, porażenie grupy strzałkowej degeneracyj-

nego charakteru, brak odruchu Achillesa i parestezye — zapalenie n. kulszowego. Obok tego połowicze znieczulenie prawostronne, prawa źrenica węższa, język zbaczający w prawo — objawy, które można powiązać tylko z trudnością, jako wyrazy sprawy rozlanej mózgowia (encephalitis). Kombinacye sprawy rozlanej mózgowia z zapaleniem nerwów są znane.

Dyskusya: Kol. Steinberg pyta, czy u chorego można zapalenie przednich rogów w dziecinnym wieku wyłączyć. — Kol Pański uważa przypadek za niezmiernie ciekawy i rzadki. Zapalenie nerwów bezwątpienia pochodzi z zatrucia tlenkiem węgla. Mowca nie zgadza się z Klozenbergiem, że szczególnie rdzeń ma być wrażliwy na tlenek węgla. Pomijając zanik mięśni ręki od dzieciństwa, resztę objawów można wyjaśnić zapaleniem mózgowia (encephalitis) lub wogóle procesem w mózgowiu; do nich należy zboczenie języka, nierówność źrenic. Co się tyczy stępienia czucia, to zdaje się ono być charakteru czynnościowego: ukłucia na tej stronie, którą chory uważa za lepszą pod względem czucia, o ile są robione więcej w tę samą stronę, chory lepiej odczuwa, niż te, które są robione w stronę, uważaną za upośledzoną; są to wrażenia, które należy sprawdzić dokładnem badaniem. — Kol. Klozenberg uważa tłómaczenie Pańskiego za mogące odpowiadać rzeczywistości. Zastanawia go jedynie to, że w opisywanych przypadkach zapalenia jednego nerwu (mononeuritis) nie spotykał nigdy spraw zapalnych mózgowia. W danym przypadku zapalenie mózgowia musiałoby być rozsiane, — jednem ogniskiem objaśnić wszystkich objawów nie można. Co do zapalenia przednich rogów rdzenia, o które pyta kol. Steinberg, wie kol. Klozenberg tylko tyle, że zaniki mięśni były od dzieciństwa. — Kol. Pański: Po zatruciach CO spostrzegano zupełny bezmysł (amentia), który tłómaczono zajęciem mózgowia. Co się tyczy różnicy szerokości źrenic w danym przypadku, to jest ona minimalna.

3. Kol. Kopciński. Odczyt: **Z kursów Kraepelina.** Kursa Kraepelinowskie mają widocznie na celu prócz dania słuchaczowi najświeższych wiadomości z psychiatryi i pokrewnych dziedzin przedstawienie pracy naukowej kliniki Kraepelina. Dlatego krótko omówiwszy trzech obcych prelegentów — Siepmana (aphasia, apraxia, agnosia), Brodmana (histologia topograficzna kory mózgowej) i Kattwinkla (demonstracye neuropatologiczne), przechodzi sprawozdawca do prelegentów z kliniki Kraepelina. Streszcza poglądy Kraepelina na psychozy maniakalno-depresyjne, wczesne otępienie, bezmysł (amentia), uwagi jego przy przedstawianiu chorych, o porażeniu młodzieńczem (paralysis juvenilis), idyotyzmie, psychozach alkoholowych, pomieszaniu (paranoia), mówi o wyodrębnieniu postaci, zbliżonej do otępienia starczego, a jednak różniącej się od niej anatomicznie, psychozy, mającej związek z przekwitaniem u kobiet, i tak zwanej w klinice Kraepelina »Angstpsychose«, występującej w podeszłym wieku. Omówiwszy w kilku słowach psychologię doświadczalną Kraepelina, przechodzi prelegent do wykładów jego asystentów (Alzheimera, Plauta, Rüdina, Isserlina i Weilera), z których na pierwszem miejscu stawia wykłady Alzheimera, bogate treścią i nadzwyczaj pociągające formą zewnętrzną. Zrobiwszy parę uwag co do ujemnych stron wykładów każdego z prelegentów, zaznacza sprawozdawca, że nawet w mniej udatnych znalazło się bardzo wiele ciekawych zagadnień. Poza tem wykłady dają obraz pracy w klinice Kraepelina i rozbudzają zaufanie do samego jej kierownika. Widzimy bowiem, że Kraepelin w swych spostrzeżeniach klinicznych jest kontrolowany ciągle przez anatomię patologiczną, a obecnie przez seradyagnostykę i cytodyagnostykę, jak również, że czerpie dodatkowe dane z dziedzin dopełniających — psychologii doświadczalnej, chemii i t. d. Streszczając korzyści kursu, podnosi sprawozdawca, że do doskonałych wykładów Kraepelina, Alzheimera, Siepmana i Brodmana, trzeba dodać zwiedzenie kliniki i zakładów w Elgping i Gabersee, bogatą dyskusyę na zebraniach, urządzanych przez kierowników kursu, jak również w ciągu całego kursu w przerwach między wykładami, a również poznanie indywidualności naukowej Kraepelina, rzecz ważną ze względu na stanowisko, jakie zajmuje on we współczesnej psychiatryi. To też wszystko to razem dało słuchaczom dużo podniet naukowych i nowego materyału do pracy. (Streszczenie własne).

Polskie Towarzystwo lekarskie w Kijowie.

Posiedzenie d. 22. września 1910 r.

Obecnych członków 30, przewodniczy B. Kozłowski. W dziale naukowym na porządku dziennym odczyt J. Reizego: **O leczeniu przymiotu przetworem Ehrlicha.**

W dyskusyi zapytuje Nowiński, czy dawkowanie »606« w praktyce dziecięcej już zostało ustalone. — Cichocki prosi o wyjaśnienie przyczyn powstawania gorączki po wstrzyknięciu arsenobenzolu. Czy wpływa na podniesienie ciepłoty dostawanie się do krążenia krwi endotoksyn, uwolnionych przez obumieranie krętków? — Reize w odpowiedzi Nowińskiemu podaje dawkę arsenobenzolu, zgodnie z opinią Taegego, Duhota, Dubrowitscha i Raubitschka, 0.018 na kilogram wagi dziecka. Co do podniesienia ciepłoty, to pierwszy okres gorączkowy zależy według wszelkiego prawdopodobieństwa od wchłaniania się endotoksyn, drugi — od powstającego po wstrzyknięciu nacieku. Przy stosowaniu arsenobenzolu odczyn Wassermanna znika mniej więcej po 4 tygodniach. — Sokołowski dzieli się wrażeniami, jakie wywołało stosowanie arsenobenzolu w szpitalu św. Cyryla. Wyniki leczenia tym środkiem są mniej dodatnie, niż były dotychczas przy stosowaniu rtęci. — Dąbrowski nie umie sobie wytłómaczyć, dlaczego właściwie Ehrlich przestrzega przed stosowaniem »606« przy zaniku i zapaleniu nerwu wzrokowego. — Reize tłómaczy to nadzwyczajną oględnością Ehrlicha. Ponieważ atoksyl, w skład którego wchodzi arszenik, wywoływał pogorszenie spraw zanikowych nerwu wzrokowego, więc powstała stąd obawa, chociaż niezupełnie uzasadniona, że i arsenobenzol może wywołać takie same powikłania. — Sochacki przytacza zdanie niektórych autorów o skuteczniejszem działaniu arsenobenzolu na sprawy przymiotowe, leczone już poprzednio rtęcią. — Gilewicz zapytuje, czy wskazane jest stosowanie »606« przy kile ukrytej (lues latens), jeżeli otrzymujemy dodatni odczyn Wassermanna. — Reize w odpowiedzi przytacza zdanie Neissera, który w takich razach stosuje arsenobenzol. — Na zapytanie zaś Daszkiewicza, czy ciąża stanowi przeciwwskazanie dla środka Ehrlicha, daje Reize odpowiedź przeczącą. — Łążyński chciałby wiedzieć, jak działa przetwór Ehrlicha na drobnoustroje chorobotwórcze, a zwłaszcza na gronkowce »in vitro«. Sprawa ta ma pewne praktyczne znaczenie wobec dość zawiłych i długotrwałych zabiegów, połączonych z przygotowaniem zawiesiny arsenobenzolu, której przed wstrzyknięciem nie można wyjałowić gotowaniem. — Modrzewski, który w swojej pracowni robił w tym kierunku doświadczenia, wyjaśnia, że gronkowce w obecności arsenobenzolu, chociaż nie giną, ale przestają się rozwijać.

Posiedzenie d. 13. października 1910 r.

Obecnych członków 32. Przewodniczy K. Rumszewicz.

W dziale naukowym na porządku dziennym:

1) Odczyt St. Trzebińskiego: **O problemacie życiowym.**

Dyskusyi nie było.

2) Odczyt M. Pietkiewicza. **Przyczynek do kazuistyki zboczeń rozwojowych moczowodów.**

W dyskusyi zapytuje Łążyński, czy narzędzie, po-

dane przez prelegenta, dałoby się zastosować do operacyi drogą cewkową w pęcherzu moczowym mężczyzny, na co otrzymuje odpowiedź przeczącą.

Sekretarz: M. Łążyński.

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

W sprawie zapisywania specyfików uchwaliła Izba lekarska zachodnio-galicyjska, rozpatrzywszy uchwałę I. Zjazdu internistów polskich, powziętą na Zjeździe na wniosek Prof. Dr W. Jaworskiego, — przedłożyć XVI. Wiecowi Izb lekarskich austryackich następujący wniosek:

»a) Wiec Izb wyraża przekonanie, że bezkrytyczne zapisywanie t. zw. specyfików, oznaczanych nazwami, utworzonemi od różnych chorób, ich objawów lub od nazw narządów ciała, nie odpowiada ani godności, ani naukowemu wykształceniu stanu lekarskiego i może w dalszem następstwie ułatwiać pośrednio lub bezpośrednio partactwo.

b) Zdaniem Wiecu Izb nie powinni lekarze zapisywać przetworów (specyfików) o nieznanym składzie chemicznym, ani też takich, które bywają ogłaszane i zachwalane w pismach nielekarskich i dziennikach politycznych.

c) Celem ochrony godności i powagi medycyny wzywa się lekarzy, aby nie wystawiali żadnych świadectw ani orzeczeń o specyfikach, ogłaszanych w czasopismach nielekarskich; do pism zaś lekarskich należy zwrócić się z prośbą, aby nie przyjmowały ogłoszeń o przetworach, których dokładny skład chemiczny nie jest znany, ani o takich, które bywają zachwalane w czasopismach nielekarskich.

d) Poleca się Wydziałowi wykonawczemu Izb, by zastanowił się nad sposobem praktycznego przeprowadzenia powyższych zasad«. R.

Polityka, a sprawy zawodowo-lekarskie. Zarząd główny niemieckiego »Towarzystwa kresów wschodnich« (H. K. T.) obradował na ostatniem swem zebraniu w Berlinie między innemi nad ustawą o ubezpieczeniu społecznem, nad którą od dłuższego czasu obraduje parlament niemiecki. Ustawa ta, zdawałoby się, nie powinnaby obchodzić Towarzystwa o znanych celach politycznych. A jednak... W komisyi parlamentu niemieckiego uchwalono mianowicie wprowadzić do kas chorych wolny wybór lekarzy. Otóż H. K. T. obawia się, że wtedy lekarze-Niemcy, osadzeni przez nią w celach politycznych w Wielkopolsce i na Śląsku, stracą dotychczasowe swe znaczne dochody z kas chorych, bo polscy członkowie kas będą wybierali sobie lekarzy-Polaków. Toteż H. K. T. uchwaliła rezolucyę, skierowaną przeciw postanowieniom komisyi parlamentarnej, a zarazem domagającą się, aby kasy chorych i zakłady ubezpieczenia społecznego miały w Poznańskiem charakter instytucyi germanizacyjnych. (»Nowa Ref.« Nr 528). R.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Na posiedzeniu Towarzystwa lekarskiego krakowskiego w d. 23. XI. 1910 odbyła się dyskusya nad wykładem doc. Koźniewskiego »O hormonach«, w której przemawiali: Dr Eisenberg, Prof. Bujwid i prelegent, poczem Prof. Bujwid miał wykład p. t. »Doświadczalne badania nad odkażaniem rąk«. W dyskusyi uczestniczyli: Dr Blassberg, Eisenberg, Eiger, Prof. Chlumsky, Majewski i doc. Koźniewski.

— Na bliższe posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego w d. 30. XI. 1910 odbędzie się wyjątkowo w Zakładzie fizyologicznym (Collegium medicum).

— Prof. Dr Napoleon Cybulski został obrany członkiem honorowym Towarzystwa przyrodników im. Kopernika.

— W tych dniach minęło 30 lat od czasu, gdy Prof. Rydygier wykonał, pierwszy z chirurgów, resekcyę odźwiernika. Z tego powodu zgotowali w rocznicę słuchacze kliniki lwowskiej przed wykładem gorącą owacyę Prof. Rydygierowi, do którego przemówili kand. med. p. Demianowski i Dr Jedliczka. Wiadomość o tej owacyi odbije się żywem echem w szerokich kołach naszych lekarzy, przyłączających się gorąco do złożonych Czcigodnemu Profesorowi życzeń z uczuciem wdzięczności za stanowisko, jakie pracą swą i wiedzą zdobył w całym świecie dla polskiej chirurgii.

— W »Bibliotece Uczniów Wydziału lekarskiego U. J.« wybrany został na r. szk. 1910/11 prezesem p. Stanisław Radwan, jego zastępcą p. Wiktor Gosiewski, skarbnikiem p. Jan Konopnicki, do komisyi sprawdzającej pp. Türschmied (prezes), Glatzel (zastępca), Schröder i Czarnecki. Towarzystwo liczyło w r. 1909/10 członków zwyczajnych 508, miało 6296 kor. dochodu, a 2386 kor. rozchodu. Za pośrednictwem Towarzystwa nabyło 295 słuchaczy medycyny 1347 dzieł za ogólną sumę prawie 15.000 kor. Towarzystwo urządziło dla członków 9 odczytów z różnych działów medycyny; na wszystkich razem odczytach było przeszło 1000 słuchaczy. Zawiązana przy Towarzystwie komisya ankietowa wydała kwestyonaryusze o życiu umysłowem, warunkach higienicznych i ekonomicznych i życiu płciowem młodzieży. Kuratoryę Towarzystwa objął Prof. Dr Rosner.

— Towarzystwo ratunkowe krakowskie zmierza do utworzenia na swej stacyi ratunkowej stałych dyżurów lekarskich (dotąd pełnili dyżury słuchacze medycyny) i w tym celu wniosło do Rady miasta prośbę o zasiłek 7200 kor. rocznie. Zamyślając zaś przystąpić w r. 1911 do budowy własnego domu, na który plany wygotował już architekt p. Bandurski, stara się Towarzystwo uzyskać od miasta bezpłatnie grunt pod budowę (270 sążni) przy ul. Zyblikiewicza.

— »Nasze Zdroje« uznane zostały przez »Związek zdrojowisk krajowych« za urzędowy organ.

— W Tarnowie otwarto 24. XI. b. r. wodociąg miejski, zbudowany kosztem 2.200.000 kor. W doprowadzeniu sprawy do skutku położył zasługi Dr Walczyński.

Warszawa. Na posiedzeniu listopadowem Wydziału III. Towarzystwa Naukowego Warszawskiego wygłoszono 6 komunikatów, między nimi: Dr Ryszard Hertz: »O ziarnistościach zasadochłonnych krwi« (przedst. p. Wł. Janowski).

— Szpital praski, który dotychczas posiadał tylko dwa murowane budynki, a cały dział gospodarczy, kancelarya, ambulatorya i przytulisko dla nieuleczalnych mieścić musiał w starych ruderach drewnianych, zyska wkrótce cały szereg nowych budynków administracyjnych oraz pawilonów dla chorych, które są obecnie na ukończeniu. Po oddaniu tych budynków do użytku przybędzie w szpitalu 80 łóżek. Równocześnie ma być powiększony personal szpitalny o dwu lekarzy, 5 sióstr, 19 służby i 2 siły kancelaryjne.

— Przed paru dniami ukazał się w Warszawie pierwszy zeszyt »Miesięcznika terapeutycznego« pod redakcyą Dra Kazimierza Ostrzyckiego. Wydawcą jest p. Maksymilian Luxemburg.

Z różnych stron. W niektórych pismach petersburskich pojawiły się wiadomości, że nasz rodak, profesor Dr Stanisław Zaleski, ma być powołany na wakującą po prof. Hubercie posadę prezesa sanitarnej komisyi miasta Petersburga. (Dziennik petersb.).

— Na porządku dziennym posiedzenia sekcyi przyrodniczej Polskiego Związku przyrodników i lekarzy w Petersburgu w d. 5. XI. s. s. 1910 znajdował się wykład Doc. Dra K. Smoleńskiego: »O fosfatydach«.

Mianowani: lekarzami ambulatoryów szpitalnych w Warszawie Dr Miłodrowski (szp. Dz. Jezus) i Dr F. Bruner (szp. Przemienienia Pańsk.).

Zmarli:

Ś. p. Dr Kazimierz Sakowicz.

D. 29. października zmarł w Białej Cerkwi Dr Kazimierz Sakowicz. Urodzony w r. 1834 we wsi Stawy gub. grodzieńskiej, nauki pobierał w Brześciu Litewskim. Konieczność utrzymania pozostałej po zmarłym ojcu rodziny, zniewoliła go na razie do urzędowania w ratuszu brzeskim i dopiero w r. 1857 wstąpił na Wydział lekarski Uniwersytetu charkowskiego, wkrótce jednak przeniósł się do Kijowa i tu dyplom lekarski uzyskał. W r. 1865 otrzymał posadę lekarza w administracyi dóbr Białocerkiewskich hr. Branickiego, którą do śmierci prawie piastował. Obszerna wiedza i wyjątkowa uczynność zjednały mu wkrótce opinię świetnego lekarza. Nie zaniedbywał też do końca pracy umysłowej, bacznie śledząc za postępem nauki. Piękny swój księgozbiór ofiarował Towarzystwu lekarskiemu polskiemu w Kijowie. Nadzwyczajnej prawości charakteru i rzadkiej dobroci serca zawdzięczał ogromny wpływ moralny na bliższe i dalsze otoczenie. Nie było instytucyi społecznej lub sanitarnej, której ś. p. Kazimierz nie byłby bądź inicyatorem, bądź przewodniczącym. To też obchodzony przed kilku laty 40-letni jubileusz pracy jego zawodowej zebrał liczne grono lekarzy miejscowych i z dalszych stron przybyłych, wzięły w nim nadto serdeczny udział wszystkie warstwy

społeczeństwa bez różnicy stanu i narodowości. W uznaniu też wielkich zasług naukowych i społecznych, Towarzystwo lekarskie polskie w Kijowie obrało go swym członkiem honorowym.

Niech mu lekką będzie ta ziemia, którą tak szczerze kochał. K. R

Dr Jakób Szostakowski w 64 r. ż. zmarł w Poznaniu.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się **we środę d. 30. listopada 1910 o godz. 6 wieczór w sali Zakładu fizyologicznego** (Collegium medicum, ul. Grzegórzecka). Wykład kol. M. Eigera: »Metoda elektrokardyograficzna, jej kliniczne znaczenie i zastosowanie«.

Zapiski przemysłowo-lekarskie.

Nadesłane.

Arhovin do leczenia wewnętrznego wiewióra. Dr Auerbach, Berlin. (Fortschr. d. Medizin. Sept, 1910).

Sąd swój opiera autor na 43 przypadkach wiewióra. Przedewszystkiem następuje podwyższenie kwaśności moczu, co szczególnie ważne w przypadkach, gdzie przy już istniejącym nieżycie pęcherza mocz oddziałuje alkalicznie i znajduje się w fermentacyl amoniakalnej. Z drugiej strony nie potrzeba obawiać się podrażnienia nerek, gdyż nawet po dłuższem podawaniu środka nie znaleziono w moczu nigdy białka. To jest nadzwyczaj ważne, gdyż przy istniejącem zapaleniu miedniczek wzgl. nerek, można spokojnie podawać lek dalej.

Co do działania na cewkę moczową wzgl gonokoki, to jest ono podwójne. Zapalenie błony śluzowej ulega złagodzeniu, błona śluzowa sama znieczuleniu, a wreszcie działa arhovina wprost hamująco na rozwój gonokoków.

To ostatnie działanie jest nader ważne, gdyż działanie fermentacyjne bakteryi wpływa niekorzystnie na cały ustrój, co się objawia często osłabieniem, podwyższeniem ciepłoty, upadkiem apetytu i psuciem się trawienia. Przy dawnych środkach balsamicznych żołądek wkrótce nic nie przyjmował, arhovina zaś nawet po długiem zażywaniu wpływu niekorzystnego na żołądek nie wywiera.

Dla szybkiego działania potrzebne podawanie 4—6 razy dziennie po 1 kapsułce, zawierającej 0,25 gr.

W przypadku przewlekłego zapalenia gruczołu krokowego znosił chory arhovinę dobrze mimo istniejących poprzednio dolegliwości żołądkowych.

Arhovina zatem (fabr. Goedecke et Co. — Lipsk) przedstawia jeden z najlepszych środków wewnętrznych przy leczeniu wiewióra. Hr. W

Unguentum „Heyden"

Do **dyskretnego leczenia rtęcią**; nadaje się szczególnie dla **kobiet, dzieci** i do **leczeń pośrednich**. Nie barwi skóry, ani bielizny. Dawka dzienna 6 g. W graduowanych rurkach przesuwanych po 30 i 60 g.

Salit

2 f

Szybko kojący ból i leczący środek do wcierania przy cierpieniach reumatycznych.

Tannismut

Bardzo skuteczny, łatwy do zażywania **środek ściągający jelita**, łączący działanie bizmutu i tanniny.

Próbki i piśmiennictwo bezpłatnie.

Chemische Fabrik von Heyden, Radebeul-Dresden.

W Helouanie w Egipcie ordynuje jak zwykle

Dr Jan Brodzki

(latem w Kudowie). 46



Woda mineralna

naturalna ŠARATICA

przewyższa daleko działaniem swojem gorzką wodę sztuczną

Upraszamy o przekonanie się gratis próbkami. 238 c

Zarząd Szaratic w Krzenowicach na Morawach.

TRAN JODOWO ŻELAZISTY

zawiera równie jak Tran Lahussena w 100 gr. tranu 0·20 jodku żelaza. Przetwór ten leczniczy jest sporządzony na najlepszym tranie Meyera, przeto jest smaczny i nie psuje żołądka.

Tran jodowo-żelazisty Wiszniewskiego może być z dobrym skutkiem zalecanym w chorobach płuc, zołzach, niedokrewności i t. p.

Sposób użycia: Dzieciom daje się 1—2—3 razy dziennie po łyżeczce po jedzeniu. — Dorosłym 1—3 łyżek dziennie. 221

Cena flaszki 1 K. 20. hal. — Wyrób własny i skład główny w aptece

K. WISZNIEWSKIEGO w Krakowie.

We Lwowie na składzie w aptece PIOTRA MIKOLASCHA.

Fersan

(Jolles).

Środek odżywczy i wzmacniający zawierający żelazo i fosfor (Acidoalbumina).

ŻELAZO! FOSFOR! zwiększa znacznie ilość hemoglobiny i czerwonych ciałek krwi, pobudza łaknienie, podnosi ciężar ciała i wzmacnia nerwy.

Proszek fersanowy.	Kołaczyki fersanowe.
Kołaczyki czekoladowo-jodowo-fersanowe dla dzieci	Kołaczyki jodowo-fersanowe dla dorosłych
(w kartonach oryginalnych po 50 sztuk).	(w kartonach oryginalnych po 50 i 100 sztuk).
D. S. 2 razy dziennie po 2—4 kołaczyki.	**D. S. 2 razy dzien. po 3—6 kołacz. stosownie do wskazania.**

Nowość! 41

Pastylki-bromowe-fersanowe

Panom Lekarzom **piśmiennictwo i próbki bezpłatnie. — Otrzymać można we wszystkich aptekach.**

Fersan-Werk, Wien IX.



Kto raz posłyszy Patefon, staje się gorącym jego zwolennikiem.

Niczem nie sprawicie większej uciechy tak sobie, jak i dzieciom, jak nabywając na PODAREK GWIAZDKOWY

Patefon

który jedynie daje reprodukcyę muzyki i głosu zupełnie czystą i silną. Gra bez igły, szafirem, nie niszczy płyt. Aparaty salonowe, koncertowe bez tuby. — Ceny już od K 25 wyżej.

Bogaty repertuar płyt. — Co miesiąc nowości. — CENNIKI DARMO I OPŁATNIE.

Najlepiej przekonać się o doskonałości patefonu, odwiedzając nasz magazyn bez zobowiązania do kupna. Zamawiający z prowincyi mogą w razie niepodobania się zwrócić odwrotnie i fco. — Naprawy. — Przerabia się gramofony przez dodanie membrany Pathé. 225

Stefan Grudziński i Tadeusz Berger Kraków, ul. Szewska 10. Telefon 305.